

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

##### AUDIZIONI INFORMALI:

Audizioni nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. 1816 Governo: DL 35/2019 recante misure per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.

Rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ..... 64  
Rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO) ..... 65

##### SEDE REFERENTE:

DL 35/2019 recante misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria. C. 1816 Governo (*Seguito dell'esame e rinvio*) ..... 65

##### AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. 1816 Governo: DL 35/2019 recante misure per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria ..... 67

##### SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero. C. 1188 Mulè (*Esame e rinvio*) ..... 67

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI ..... 69

##### AUDIZIONI INFORMALI:

Audizioni nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. 1816 Governo: DL 35/2019 recante misure per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.

Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, gen. dott. Saverio Cotticelli ..... 69  
Presidente della regione Calabria, dott. Gerardo Mario Oliverio ..... 70

##### SEDE REFERENTE:

DL 35/2019 recante misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria. C. 1816 Governo (*Seguito dell'esame e rinvio*) ..... 70

ERRATA CORRIGE ..... 73

##### AUDIZIONI INFORMALI

*Giovedì 9 maggio 2019.*

**Audizioni nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. 1816 Governo: DL 35/2019 recante misure per il**

**servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.**

**Rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).**

L'audizione informale è stata svolta dalle 9.10 alle 9.45.

**Rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO).**

L'audizione informale è stata svolta dalle 9.45 alle 10.25.

**SEDE REFERENTE**

*Giovedì 9 maggio 2019. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.*

**La seduta comincia alle 10.25.**

**DL 35/2019 recante misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.**

**C. 1816 Governo.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta dell'8 maggio 2019.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che è stato richiesto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sia assicurata anche attraverso la trasmissione mediante l'impianto audiovisivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Elena CARNEVALI (PD), nel rilevare che le audizioni sinora svolte consentono di formulare un giudizio più compiuto sul contenuto del decreto in esame, segnala che esso prevede un rafforzamento della figura del Commissario, che non rappresenta uno strumento nuovo, in quanto già utilizzato da oltre un decennio. Sottolinea che, a fronte delle intenzioni annunciate di avere come obiettivo principale la tutela dei diritti dei cittadini calabresi in materia di salute, nella sostanza il provvedimento si concentra sulle situazioni di squilibrio finanziario e, pertanto, esso determinerà una probabile riduzione delle prestazioni offerte. Osserva che l'obiettivo della soste-

nibilità del sistema sanitario non dovrebbe tradursi in una diminuzione delle forme di tutela.

Manifesta, inoltre, perplessità sulla tempistica troppo ristretta prevista per alcuni adempimenti a carico del Commissario *ad acta* e dei Commissari straordinari. Nel segnalare che in passato in Calabria sono state assunte anche alcune iniziative adeguate per il risanamento del Servizio sanitario regionale, si interroga sulla reale portata innovativa del contenuto del provvedimento in esame. Osserva in proposito che le sole risorse aggiuntive previste dal decreto sono destinate ai controlli della Guardia di finanza e alla retribuzione dei Commissari.

Chiede, poi, al rappresentante del Governo chiarimenti rispetto alla previsione recata dall'articolo 5, di estendere alle aziende sanitarie le procedure previste per gli enti locali in condizioni di dissesto finanziario, consentendo la redazione di una sorta di « bilancio parallelo ». Dichiarò di non comprendere le modalità con cui il Commissario straordinario di liquidazione potrà svolgere i compiti indicati da tale norma, considerato anche che, diversamente dagli enti locali, per le aziende sanitarie non è disponibile l'utilizzo della leva fiscale. Manifesta perplessità anche in relazione alle possibili modalità di relazione tra Commissario straordinario e Commissario straordinario di liquidazione.

Passando al contenuto del capo II del decreto-legge, lamenta l'estrema scarsità di informazioni fornite dalla relazione tecnica per quanto riguarda la reale portata del contenuto degli articoli 11 e 12, ricordando che la misura risolutiva da adottare sarebbe stata quella di abolire la previsione di riduzione dell'1,4 per cento del livello di spesa per il personale sanitario rispetto al dato del 2004. Quanto previsto dall'articolo 11, pur presentando alcuni aspetti positivi, appare discutibile sotto il profilo dell'equità. Segnala infatti che, a prescindere da quanto accade per le regioni in piano di rientro, si determina di fatto una disparità tra le regioni virtuose che hanno rispettato i parametri fissati nel 2009 rispetto a quelle che invece hanno

incrementato la spesa per il personale sanitario. Ricorda, in proposito, che ciò presenta alcune analogie con quanto rilevato in passato dai deputati della Lega circa la non correttezza di considerare il dato storico del numero di dipendenti comunali a prescindere dal loro rapporto con il numero di abitanti, elemento che favoriva le regioni meridionali.

Chiede inoltre una stima al rappresentante del Governo sul numero di assunzioni di dirigenti sanitari ipotizzabile sulla base del possibile incremento del 5 per cento del livello di spesa previsto dal comma 1 dell'articolo 11. Valuta positivamente quanto previsto da tale articolo in ordine alla stabilizzazione del personale precario anche al fine di trattenere le competenze necessarie, rilevando però che tale misura non permette di sanare le carenze di personale determinate sia dall'anticipo dei pensionamenti sia dall'assenza di un numero adeguato di specialisti.

Rileva, quindi, una difformità tra le procedure di assunzione in deroga introdotte dalla legge di bilancio 2019, che ha fatto riferimento alla frequenza dell'ultimo anno delle scuole di specializzazione, e quella prevista dall'articolo 12 per i medici di medicina generale, per i quali è ritenuta sufficiente l'idoneità al concorso per l'ammissione al corso di formazione. Osserva in proposito che ciò appare in contraddizione con il ruolo di «internisti sul territorio» che essi dovrebbero svolgere, secondo quanto affermato dalla FIMMG nell'audizione di ieri. S'interroga inoltre sulle ragioni che possono avere determinato la scelta effettuata da alcuni laureati in medicina, potenzialmente interessati dalla deroga prevista dall'articolo 12, di non partecipare a nessun corso nei dieci anni precedenti.

Esprime, inoltre, un giudizio fortemente critico sulla scelta, contenuta nel comma 1 dell'articolo 12, di posticipare al 2021 l'entrata in vigore delle nuove procedure per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione medica previste dal decreto ministeriale del 9 maggio 2018. Sollecita un ripensamento in tale ambito,

giudicando un errore rimandare l'applicazione di una norma che avrebbe consentito di sanare le attuali criticità.

In conclusione, ribadisce che, pur ritenendo condivisibile l'obiettivo di assicurare una condizione di normalità alla sanità calabrese, gli strumenti adottati non appaiono adeguati a tale scopo, essendo il provvedimento in esame sbilanciato sul fronte del contenimento dei disavanzi di bilancio.

Carmelo Massimo MISITI (M5S) sottolinea la rilevanza di un intervento normativo che si pone dalla parte della tutela della salute dei cittadini. Richiama alcuni dati che confermano la gravità della situazione calabrese, quali la presenza di consistenti debiti delle aziende ospedaliere nei confronti dell'Agenzia delle entrate, le carenze di personale medico in alcuni reparti che non consentono il funzionamento degli stessi, l'orario di lavoro insostenibile per molti operatori sanitari, le gravi inefficienze che caratterizzano le strutture di pronto soccorso.

Nel ribadire l'urgenza di una verifica e di una riorganizzazione della rete sanitaria, consentendo una piena applicazione di quanto previsto con il decreto n. 70 del 2015, rileva come dagli interventi dei soggetti auditi – inclusa l'audizione odierna dell'AGENAS – non appare trattato l'importante tema dell'appropriatezza. Giudica prioritaria, rispetto alla situazione della Calabria, una modalità di gestione delle emergenze che eviti il ricorso a strutture private, con conseguente aumento dei costi a carico della sanità regionale.

Invita, quindi, i gruppi di opposizione a collaborare, superando una logica di parte, per assicurare ai cittadini calabresi quei livelli adeguati delle prestazioni sanitarie che non riescono ad ottenere da oltre dieci anni.

Dalila NESCI (M5S), *relatrice*, osserva che le audizioni sinora svolte hanno confermato l'oramai cronica inadeguatezza del Servizio sanitario della Calabria, determinatasi nel corso degli anni con responsabilità sia a livello regionale che del

Ministero della salute e di Agenas, che hanno portato anche ad un recente ulteriore blocco del *turnover*. Sottolinea anche la scarsa attendibilità dei bilanci delle strutture sanitarie di quella regione, osservando che il monopolio di fatto detenuto dalla società di revisione KPMG in tale ambito non appare giustificato alla luce dei risultati conseguiti.

Ritiene che il provvedimento adottato dal Governo utilizzando gli strumenti previsti dall'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, possa rappresentare un reale punto di svolta, sottolineando che in passato è mancata la volontà politica di agire con altrettanta incisività.

In relazione alle perplessità manifestate dal collega Cecconi sui tempi ristretti a disposizione del Commissario *ad acta* e dei Commissari straordinari osserva, anche sulla base della sua esperienza come componente della Commissione antimafia, che l'illiceità di alcuni comportamenti appare manifesta e che, pertanto, non sono necessari un tempi lunghi per agire con decisione al fine di correggere le attuali storture.

Ricorda che l'allora sottosegretario De Filippo, ora membro della Commissione Affari sociali, rispondendo ad atti di sindacato ispettivo da lei presentati, riconosceva l'inerzia del presidente della regione Calabria in relazione all'aggiornamento del Piano di rientro.

In relazione ai rilevati svolti dalla deputata Carnevali, segnala che il decreto-legge non interviene sul potenziamento dell'offerta sanitaria in Calabria per non interferire con le competenze regionali, demandando al Commissario *ad acta* il compito di adottare le misure necessarie.

Per quanto concerne le critiche rivolte all'articolo 11, relative al fatto che tale norma consentirebbe solo una stabilizzazione del personale precario, osserva che la disposizione assicura alle regioni una maggiore flessibilità potendo esse scegliere come termine di riferimento per il livello di spesa per il personale sia il 2018 che il 2004 e che tale facoltà è concessa anche alle regioni in piano di rientro.

Si unisce alle richieste avanzate al rappresentante del Governo, di chiarire le mo-

dalità applicative di quanto previsto dai commi 3 e 5 dell'articolo 12 in tema di formazione medica, anche al fine di predisporre eventuali proposte emendative. Precisa, inoltre, che le risorse indicate nell'ultimo periodo del comma 3 dell'articolo 12 rappresentano un vincolo per i fondi già stanziati con la legge di bilancio per il 2019.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, in considerazione dell'imminente inizio della commemorazione in Aula del Giorno della memoria dedicato alle vittime del terrorismo e delle stragi, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

**La seduta termina alle 11.**

#### AUDIZIONI INFORMALI

*Giovedì 9 maggio 2019.*

**Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. 1816 Governo: DL 35/2019 recante misure per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.**

L'audizione informale è stata svolta dalle 13.05 alle 13.40.

#### SEDE REFERENTE

*Giovedì 9 maggio 2019. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.*

**La seduta comincia alle 13.40.**

**Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero.**

**C. 1188 Mulè.**

*(Esame e rinvio).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che il provvedimento è previsto nel programma dei lavori dell'Assemblea per il mese di giugno.

Dà, quindi, la parola alla relatrice, deputata Lapia, che illustrerà la relazione anche a nome dell'altro relatore, deputato Mulè, il quale ha comunicato di non poter partecipare alla seduta odierna a causa di un impegno improrogabile.

Mara LAPIA (M5S), *relatrice*, fa presente che la proposta di legge C. 1188, che si accinge ad illustrare anche a nome dell'altro relatore, deputato Mulè, primo firmatario della medesima proposta, reca disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici ed automatici in ambiente extraospedaliero.

Come ricordato nella relazione illustrativa sulla proposta di legge, in condizioni di emergenza derivanti da un arresto cardiaco, elementi fondamentali in grado di garantire la sopravvivenza del soggetto sono rappresentati dalla capacità di eseguire manovre di rianimazione cardiopolmonare utili a guadagnare tempo in attesa dell'arrivo dei soccorsi nonché dalla defibrillazione precoce, poiché l'arresto cardiaco determina, molto spesso, una condizione di fibrillazione ventricolare, cioè di aritmia grave. È evidente che il trasporto veloce del paziente in un centro specialistico di rianimazione è un fattore imprescindibile, cosa che, ad esempio, su mezzi aerei o navali spesso non è possibile. La defibrillazione elettrica rappresenta di fatto l'unico intervento possibile, che ovviamente deve essere attuato con la massima tempestività a seguito del malore e della perdita di conoscenza. Con l'acronimo DAE (defibrillatore automatico esterno) si definisce un sistema di analisi del ritmo cardiaco in grado di indicare al soccorritore se la scossa salvavita sia necessaria o meno nonché un sistema di caricamento automatico finalizzato alla scarica elettrica. Il ricorso a un defibrillatore completamente automatico prevede semplicemente l'apposizione di elettrodi al paziente e l'accensione del dispositivo che, nel giro di pochi secondi, svolge la pre-

detta analisi e, in presenza di fibrillazione ventricolare o di tachicardia ventricolare con caratteristiche prestabilite, eroga la scarica elettrica. Nel caso di utilizzo di dispositivi semiautomatici, invece, la scarica viene erogata a seguito della conferma da parte dell'operatore, che riceve dallo stesso strumento informazioni sulla eventuale presenza di fibrillazione ventricolare.

Fa presente che il legislatore è già intervenuto in questa materia: con la legge n. 120 del 2001, si autorizza il personale sanitario non medico e il personale non sanitario – in possesso di formazione specifica in attività di rianimazione cardio-polmonare – all'impiego del defibrillatore semiautomatico in ambiente intra ed extraospedaliero. In particolare, tale legge prevede che, sulla base dei criteri indicati da apposite linee guida definite dal Ministro della salute, le regioni e le province autonome disciplinano il rilascio, da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, delle autorizzazioni per l'uso extraospedaliero di defibrillatori, da parte di personale specificamente formato, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente o, se non attivato, nell'ambito dell'azienda sanitaria di competenza. Viene poi stabilito che la formazione dei soggetti autorizzati all'impiego dei defibrillatori può essere svolta anche dalle organizzazioni medico-scientifiche senza scopo di lucro nonché dagli enti operanti nel settore dell'emergenza sanitaria di rilievo nazionale e che dispongano di una rete di formazione. Con l'accordo Stato-Regioni del 27 febbraio 2003, sono state approvate le « Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extra ospedaliero dei defibrillatori semiautomatici » e dettati una serie di criteri relativi soprattutto alla formazione del personale autorizzato.

Successivamente, l'articolo 2, comma 46, della legge n. 191 del 2009 (Legge finanziaria 2010) ha autorizzato la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012, finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni.

Un ulteriore intervento è costituito dal decreto del interministeriale 18 marzo 2011, volto alla promozione della realizzazione di programmi regionali per la diffusione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici esterni, indicando i criteri per l'individuazione dei luoghi, degli eventi, delle strutture e dei mezzi di trasporto dove deve essere garantita la disponibilità dei defibrillatori semiautomatici esterni, e le modalità della formazione degli operatori addetti. La circolare del Ministero della salute 16 maggio 2014, inoltre, fornisce indirizzi in merito ai corsi di formazione finalizzati al rilascio di un attestato di autorizzazione all'impiego del DAE a personale non sanitario (cosiddetto laico).

Un discorso a parte è da farsi circa l'obbligo di dotazione e impiego di defibrillatori semiautomatici presso le società sportive sia professionistiche che dilettantistiche presso cui viene svolta attività sportiva non agonistica o amatoriale, stabilito dall'articolo 7, comma 11, del cosiddetto decreto Balduzzi (decreto-legge n. 158 del 2012) a seguito del quale è stato emanato il decreto del Ministero della salute 24 aprile 2013. Detto obbligo è tuttavia entrato effettivamente in vigore il 1° luglio 2017, ed essendo emerse peraltro diverse difficoltà interpretative con specifico riferimento sia alle modalità di assolvimento degli oneri di dotazione e manutenzione sia all'obbligo di garantire la presenza di operatori debitamente formati all'utilizzo dello stesso nel corso delle gare, è intervenuto il decreto ministeriale 26 giugno 2017 prescrivendo in materia nuove linee guida su specifici aspetti attuativi.

Quello appena descritto, dunque, è il contesto normativo nel quale si inserisce la proposta di legge in oggetto, il cui articolo 1, al comma 1, dispone che, al fine di tutelare la salute e prevenire i decessi a causa di malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari nonché per altre malattie del cuore, sia fatto obbligo, presso gli scali aerei, ferroviari e marittimi e a bordo dei mezzi di trasporto aereo, ferroviari e marittimi, di dotarsi di defibrillatori semiautomatici ed automatici esteri (DAE) e di personale appositamente formato, ai sensi della suddetta legge n. 120 del 2001.

Viene poi rimessa a un decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, la fissazione dei criteri e delle modalità per l'attuazione delle disposizioni sopra illustrate (comma 2 dell'articolo 1).

L'articolo 2 riguarda, infine, l'entrata in vigore della legge.

Evidenzia, infine, che nelle successive fasi dell'*iter* del provvedimento si valuteranno, naturalmente, le modifiche da apportare al testo in esame con riferimento, in particolare, ai seguenti argomenti: diffusione dei defibrillatori anche in luoghi pubblici quali, ad esempio, scuole e università; tema della formazione; individuazione più precisa del titolare dell'obbligo in relazione ai luoghi e ai mezzi indicati dall'articolo 1 della proposta di legge.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento in titolo 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.

**AUDIZIONI INFORMALI**

*Giovedì 9 maggio 2019.*

**Audizioni nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. 1816 Governo: DL 35/2019 recante misure per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.**

**Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, gen. dott. Saverio Cotticelli.**

L'audizione informale è stata svolta dalle 18.25 alle 19.10.

**Presidente della regione Calabria, dott. Gerardo Mario Oliverio.**

L'audizione informale è stata svolta dalle 19.15 alle 20.55.

#### SEDE REFERENTE

*Giovedì 9 maggio 2019. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Armando Bartolazzi.*

#### La seduta comincia alle 21.

**DL 35/2019 recante misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.**

**C. 1816 Governo.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta antimeridiana.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che è stato richiesto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sia assicurata anche attraverso la trasmissione mediante l'impianto audiovisivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione

Ricorda che con l'audizione del presidente della regione Calabria, svoltasi poc'anzi, si sono concluse le audizioni informali sul provvedimento in oggetto.

Ricorda, altresì, che nella seduta di questa mattina è proseguita la discussione sul provvedimento ed è intervenuta in replica la relatrice.

Il sottosegretario Armando BARTOLAZZI intende porgere preliminarmente le sue scuse alla deputata Carnevali per avere risposto con un tono non appropriato a rilievi da lei espressi nel corso dell'esame di un precedente provvedimento.

Avendo profonda stima dei membri della Commissione, intende fornire elementi utili ai fini di una valutazione consapevole del provvedimento in esame. Segnala, quindi, che i problemi della sanità calabrese hanno radici che risalgono a tempi non recenti e presentano un'origine multifattoriale, con determinanti socio-culturali, politiche ed economiche. Segnala che nel corso della sua esperienza lavorativa ha potuto constatare personalmente il livello di eccellenza che caratterizza la gran parte degli operatori in ambito sanitario originari della Calabria, che però quasi mai svolgono la loro attività in quella regione. Nel ricordare che quando, negli anni Ottanta, ha lavorato presso l'Istituto nazionale per tumori Regina Elena di Roma, una quota maggioritaria sia dei pazienti sia del personale sanitario proveniva dalla Calabria, e segnalando che alcune strutture sanitarie in regioni come la Lombardia svolgono la loro attività prevalentemente grazie alla mobilità passiva proveniente da tale regione, s'interroga sulla possibilità che vi siano interessi particolari che concorrono al cattivo funzionamento della sanità calabrese. Osserva che l'intervento del Governo, con il decreto-legge in esame, appare inevitabile alla luce della situazione attuale. Osserva in proposito che i controlli effettuati in passato, inclusi quelli svolti da Agenas, non sono stati condotti in maniera sufficientemente incisiva. Rileva, inoltre, che il commissariamento decennale è stato possibile solo per le inadempienze dei governi regionali che si sono succeduti. Ribadendo la complessità della situazione e la molteplicità di cause e responsabilità che l'hanno determinata, auspica un coinvolgimento di tutte le forze politiche al fine di migliorare ulteriormente il provvedimento, con l'obiettivo di dare un segnale di cambiamento che porti nei prossimi anni a risolvere i gravi problemi della sanità calabrese.

Rispondendo, quindi, a rilievi specifici che sono stati sollevati nel corso della discussione, si sofferma in primo luogo su un intervento della deputata Carnevali, che ha contestato l'impianto del decreto,

che sembrerebbe volto « più a risolvere i problemi gestionali e di disavanzo che a soddisfare le esigenze di salute dei cittadini ». Fa presente che ciò è vero solo apparentemente, perché uno dei principali compiti affidati ai Commissari straordinari delle aziende sanitarie calabresi consiste nel dovere emanare entro nove mesi i nuovi atti aziendali che costituiscono, come è noto, il principale strumento per rendere efficaci i servizi sanitari di una azienda. Aggiunge che per facilitare questo compito e offrire un supporto prettamente sanitario alle misure che saranno contenute negli atti aziendali, è intendimento del Ministero arricchire il decreto con una nuova disposizione che stabilisca un'ulteriore azione di verifica, concordata con il Commissario *ad acta*, del tipo *site visit clinical*, la quale grazie ad una task force di tecnici con specifiche competenze cliniche avrà il compito di verificare nelle aziende commissariate lo stato dell'arte delle prestazioni cliniche erogate, dei servizi che richiedono implementazione e dei servizi da rimodulare per ottimizzare le risorse tecniche e umane esistenti. Allo stesso tempo, tale ricognizione permetterà una prima analisi delle risorse umane necessarie per efficientare i servizi delle aziende sanitarie stesse.

Si sofferma, quindi, su un altro punto sollevato nel corso della discussione, relativo al limite di diciotto mesi dell'incarico commissariale, che renderebbero il decreto-legge apparentemente inattuabile. Al riguardo, fa presente che il termine posto intende rispettare le prerogative del prossimo governo regionale, che potrà decidere in piena autonomia se intende continuare sulla via indicata, o cambiare eventualmente rotta. Il termine posto appare quindi congruo rispetto alla volontà politica di tentare di risolvere un problema atavico e non di « occupare poltrone ». Il lavoro svolto in diciotto mesi, se porterà dei risultati positivi, non potrà che essere accolto come base per continuare la *mission*.

In merito alla richiesta di chiarimenti sul meccanismo introdotto dall'articolo 5 e, dunque, sul rapporto tra la gestione

commissariale e quella collegata al disavanzo pregresso delle aziende, precisa che lo scopo di tale disposizione è quello di « liberare » l'attività dei commissari delle aziende, che deve finalmente rivolgersi esclusivamente alla gestione strategica dell'ente, dal « fardello » della cattiva gestione amministrativa del passato che ricadrà, invece, su una nuova figura, il Commissario liquidatore, avente competenze squisitamente contabili ed amministrative.

Precisa che il meccanismo della gestione liquidatoria non è assolutamente automatico e non è detto che riguarderà tutte le aziende calabresi: di certo riguarderà quelle che hanno evidenziato – come viene riferito, ad esempio, anche dalla Corte dei conti e dalle relazioni prefettizie – macroscopiche carenze nella redazione dei bilanci e nella gestione dei contenziosi. Proprio l'assenza di un preciso quadro contabile del passato impedisce di valutare, in questo momento, l'eventuale contributo economico necessario per ripianare le situazioni pregresse. Segnala che, tra le varie anomalie che sono state riscontrate nella gestione amministrativa e contabile di talune aziende, vi sono anche quelle relative alla presenza di fatture duplicate nonché a una inefficiente difesa nel contenzioso: circostanze, queste, che possono anche far immaginare che i debiti pregressi possano risultare di minore impatto o, comunque, tali da essere ripianati attraverso l'adozione dello specifico piano di rientro previsto dallo stesso articolo 5.

Per quanto concerne la richiesta specifica sullo sblocco del *turn over* e sulla possibilità effettiva di procedere ad assunzioni del personale sanitario con le poche risorse disponibili, fa presente che il Governo è consapevole del fatto che « la ricetta è interessante ma il pasto non sazia ». Segnala tuttavia che il riferimento al 2018 consente alle regioni che hanno sfiorato il tetto di spesa dell'1,4 per cento riferito al 2004 per esigenze assunzionali, di mantenere il livello di spesa relativo al 2018. In altre parole, se una regione, nel rispetto del suo equilibrio di bilancio regionale e delle regole di finanza pubblica, ha manifestato già nel 2018 l'esigenza di



spendere oltre il limite del tetto, l'entità di quest'ultimo è stabilita in misura coincidente con la spesa per l'anno 2018.

Si crea, pertanto, un regime più flessibile a seconda delle esigenze regionali, con possibilità di utilizzare il tetto di spesa più conveniente: quello del 2004, ridotto dell'1,4 per cento, o quello riferito al 2018. Ciò crea un vantaggio anche alle regioni in piano di rientro che, a legislazione vigente, hanno vincoli di spesa più ristretti rispetto alle altre regioni. Precisa che alcune regioni, come la Campania, hanno espresso parere favorevole su questo intervento normativo, condiviso nel corso delle tante riunioni al Ministero che hanno portato all'elaborazione di questa soluzione.

Per quanto riguarda la facoltà di incremento del 5 per cento sulle facoltà assunzionali, fa presente che essa si applica sulla quota di incremento finanziario a livello nazionale, che è di 100 milioni di euro per il 2020 e 75 milioni per il 2021. Secondo delle stime che sono state effettuate, tenuto conto che il costo medio di varie tipologie di personale sanitario è ritenuto essere di 86.310 euro l'anno, si stima un incremento di assunzioni di 1.158 unità per il 2020 e di 869 unità per il 2021. A queste assunzioni si aggiungono quelle possibili per effetto della riduzione delle esternalizzazioni, ai sensi dell'articolo 11, comma 3, calcolabili in 38.040 unità per tutta l'Italia e in 544 unità per la Calabria. Reputa non pleonastico evidenziare che tali numeri derivano da stime medie ragionate dei possibili contratti da porre in essere, e devono essere pertanto letti come incrementi potenziali di unità di personale. Si dichiara ben conscio del fatto che si tratta di un primo passo ma non affatto piccolo, considerato anche che l'ottimizzazione dei servizi, nel pieno rispetto del decreto ministeriale n. 70 del 2015, potrebbe liberare ulteriori risorse a disposizione della regione, da poter utilizzare per un ulteriore reclutamento del personale e per il miglioramento dei servizi, ricorrendo quando necessario anche alle strutture private accreditate, al fine di integrare e completare l'erogazione dei LEA.

In merito ai dubbi sollevati sulle norme concernenti i medici di medicina generale,

precisa che non sussiste alcuna contraddizione tra i commi 3 e 5 dell'articolo 12 del decreto. Con il comma 5, infatti, si è introdotto a regime il principio comunitario, non ancora presente nel nostro ordinamento – di cui all'articolo 29 della Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005 – per il quale, ai fini dell'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale, può valere la mera iscrizione al corso di formazione in alternativa al possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale. Con tale disposizione, dunque, si è deciso di recepire nel nostro ordinamento un principio di maggior favore, che estende la platea dei soggetti che possono esercitare l'attività dei medici di medicina generale.

Con il comma 3, invece, si introduce una disposizione avente natura transitoria in ragione delle gravi carenze nell'esercizio dell'attività di medico di medicina generale, dando la possibilità, solo fino al 31 dicembre 2021, ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale e già risultati idonei al concorso di ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, che abbiano già maturato un'esperienza con incarichi convenzionali per almeno ventiquattro mesi anche non continuativi negli ultimi dieci anni, di accedere attraverso una graduatoria riservata al corso di formazione specifica in medicina generale, senza borsa, al fine di non sottrarre risorse ai giovani medici.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, avverte che con l'intervento del sottosegretario Bartolazzi si è conclusa la fase dell'esame preliminare.

Ricorda quindi che, secondo quanto è stato stabilito in sede di Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, della Commissione, il termine per la presentazione degli emendamenti è fissato alle ore 11 di lunedì 13 maggio.

Rinvia, quindi, il seguito dell'esame del provvedimento in titolo ad altra seduta.

**La seduta termina alle 21.20.**

*ERRATA CORRIGE*

Nel Bollettino delle Giunte e delle Commissioni parlamentari n. 184 dell'8 maggio 2019, a pagina 157, seconda colonna:

sedicesima riga, la parola: « regionali » è sostituita dalla seguente: « nazionali »;

diciottesima riga, dopo le parole: « Adduci del », aggiungere le seguenti: « giugno e »;

quarantottesima riga, le parole: « ad avviso dei » sono sostituite dalle seguenti: « come affermato in un ordine del giorno approvato il 30 novembre 2017 presentato dai ».

A pag. 158, prima colonna, sesta riga, alla fine del periodo aggiungere le seguenti parole: « , in particolare con la nomina di commissari non calabresi ».