

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXII**
n. **4**

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LAURA MOLTENI, MUNERATO, RONDINI, LUSSANA

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta
sulle cause dei disavanzi sanitari regionali relativi al periodo
2001-2005

Presentata il 31 luglio 2008

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di inchiesta parlamentare ha come oggetto l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta, a norma dell'articolo 82 della Costituzione, sulle cause che hanno determinato il formarsi dei disavanzi sanitari regionali nel periodo 2001-2005.

Fin dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN), con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, il controllo della spesa sanitaria si è infatti rivelato come uno degli aspetti più problematici e complessi del nuovo sistema universalistico di assistenza. Da un lato, infatti, scarsi sono stati gli strumenti di controllo dell'appropriatezza del consumo atti a responsabilizzare gli utenti e gli stessi operatori del

SSN circa le più corrette modalità di accesso al medesimo Servizio. Dall'altro lato, nella dimensione tendenzialmente autoreferenziale e fortemente politicizzata delle vecchie unità sanitarie locali (USL), si sono consolidate diffuse inefficienze gestionali e forti irresponsabilità nel controllo della spesa.

Le successive riforme del SSN susseguitesi negli anni '90 hanno cercato di correggere tali disfunzioni del sistema seguendo due direttrici principali: l'aziendalizzazione delle USL, al fine di recuperare in chiave tecnocratica una logica manageriale di direzione delle strutture; la regionalizzazione del SSN, intesa come primo organico tentativo di porre al centro dello scenario sanitario locale la regione. Tito-

lare della funzione legislativa e sanitaria regionale e interfaccia dei livelli erogativi delle prestazioni anche per quanto attiene alla determinazione dei criteri di finanziamento, la regione si affermava infatti come il livello territoriale di riferimento nell'organizzazione e nella concreta gestione del SSN. L'aziendalizzazione delle USL era finalizzata a evitare che si reiterasse una politicizzazione delle nuove strutture sanitarie locali, destinata a ostacolare il perseguimento di quegli obiettivi di razionalizzazione delle risorse disponibili che erano alla base della riforma-*bis* della sanità. Lo schema di riferimento prescelto, pertanto, non era modulato sulla base di un neo-assetto democratico-rappresentativo politicamente dipendente dalla regione, bensì sulla base di un sistema tecnocratico e monocratico in cui le logiche politiche venivano di fatto a essere vincolate al rispetto di determinati requisiti di efficienza e di efficacia gestionali.

Proprio questi due percorsi di riforma, che ad oggi continuano a informare l'organizzazione e il funzionamento del SSN, costituiscono il fondamentale contesto giuridico-normativo di riferimento per analizzare, valutare e accertare le responsabilità e le cause connesse al formarsi, nel periodo 2001-2005, di ingenti disavanzi in alcune realtà regionali.

Il processo di progressiva responsabilizzazione delle regioni in merito all'efficacia e all'efficienza della gestione del SSN ha infatti subito un'accelerazione radicale a seguito della riforma del sistema di finanziamento del SSN, di cui al decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, e della riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione. In particolare, con l'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 208 del 7 settembre 2001, successivamente rivisto e integrato dall'intesa del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 134 del 12 giugno 2006, si è provveduto a fissare in modo pattizio gli impegni e gli obiettivi per il governo del SSN, incrementando, da un lato, il livello del finanziamento statale alle regioni e impegnando, dall'altro lato, que-

ste ultime a provvedere in maniera autonoma alla copertura di eventuali disavanzi di spesa.

Tali principi concordati nell'accordo dell'8 agosto 2001 hanno dato origine alla disposizione di cui all'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, che stabilisce che gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-regioni di cui all'articolo 1, comma 1, del medesimo decreto-legge, sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di:

« a) misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa;

b) variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale dell'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente;

c) altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci ».

Tale principio generale di responsabilizzazione delle regioni nella gestione delle risorse disponibili per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sanitari è stato ulteriormente approfondito e ripreso da tutte le successive leggi finanziarie della XIV legislatura che, a partire dall'articolo 40 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria 2002), fino alla più recente legge 23 dicembre 2005, n. 266, hanno previsto sanzioni e adempimenti obbligati per vincolare le regioni a una politica di rigore nel settore sanitario.

In particolare, si segnala l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005), come modificato dall'articolo 1, comma 277, della legge n. 266 del 2005, che prevede che la regione, ove si prospetti dal monitoraggio

trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari a garantire il ripristino dell'equilibrio economico-finanziario; nel caso in cui tali provvedimenti non siano adottati, scatta la procedura del commissario *ad acta*; qualora anche il commissario *ad acta* non adotti le misure cui è tenuto, con riferimento all'esercizio 2005 e 2006, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla normativa vigente l'addizionale dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP).

L'applicazione delle nuove, stringenti, procedure di monitoraggio introdotte dalle leggi finanziarie della XIV legislatura ha fatto sì che il 31 maggio 2006 rappresentasse una tappa fondamentale per la verifica degli equilibri economico-finanziari delle regioni nel settore sanitario: entro tale data, le regioni hanno infatti dovuto presentare i loro bilanci sanitari, formulando specifiche manovre di rientro in caso di squilibrio economico-finanziario. Nove sono le regioni che, originariamente, hanno registrato un disavanzo: Piemonte, Veneto e Basilicata, che hanno provveduto tempestivamente alla copertura del disavanzo con risorse proprie; Liguria, Molise, Abruzzo, Lazio e Campania, che hanno chiesto l'affiancamento del Governo impegnandosi a presentare in tempi brevi piani di rientro del *deficit*; la Sicilia che, viceversa, ha lamentato una sottostima nei trasferimenti statali.

Se, grazie alla tempestiva operazione di ripiano statale, sia il Piemonte che il Veneto e la Basilicata sono riusciti a evitare l'applicazione della sanzione coincidente con l'incremento ai massimi livelli dell'addizionale all'IRPEF e dell'aliquota IRAP, le altre sei regioni sono state costrette a incrementare la pressione tributaria per tutto il 2006. Ovviamente, a questa manovra di incremento del gettito fiscale si è affiancata nelle diverse regioni una diversa strategia di contenimento delle spese e di copertura del debito pregresso finalizzata a sanare la situazione di squilibrio finanziario; assoluta-

mente variegata sono state le operazioni messe in atto a livello regionale, considerato che diversa è la situazione debitoria di ciascuna regione.

Tra le regioni più in difficoltà vi è il Lazio, che ha di recente scoperto che la situazione debitoria delle sue aziende sanitarie è più grave di quanto originariamente stimato, ammontando a complessivi 11,2 miliardi di euro, cumulati nel corso degli anni e fino ad oggi mai certificati nei bilanci consuntivi. Per fare fronte a tale grave situazione debitoria, il Lazio ha previsto di applicare le addizionali dell'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP ai massimi livelli per tutto il 2007, presentando un piano di rientro (approvato nel mese di marzo 2008 dal Ministero dell'economia e delle finanze) fondato in parte sulla ristrutturazione della rete ospedaliera e in parte sulla riduzione dei costi delle prestazioni.

Elevato è anche il debito cumulato dalla Campania, che al 31 dicembre 2005 ammontava a 4,5 miliardi di euro: per provvedere alla copertura di tale debito, la regione ha previsto di procedere a una cartolarizzazione, tramite la società regionale per la sanità (SORESA) posseduta dalla stessa regione, pari a circa 2,8 miliardi di euro.

Un'analoga misura di cartolarizzazione è stata programmata anche dalla regione Sicilia (che si avvale delle società Calyon, Merrill Lynch e Akros), che con la cartolarizzazione ha previsto non solo di sanare il *deficit* sanitario del 2005 e parte di quello del 2006, ma anche di offrire ai fornitori un accordo per dilazionare a sei mesi i crediti futuri e per scontare i prezzi sulle fatture.

Nei confronti di tutte queste regioni in disavanzo è partito un piano di azione denominato « affiancamento » (che equivale a una sorta di commissariamento), in virtù del quale tecnici dei Ministeri dell'economia e delle finanze e dell'allora Ministero della salute, nonché del coordinamento delle regioni, sono stati chiamati ad affiancarsi a un nucleo locale con il compito di controllare e di verificare la corretta e totale applicazione del piano di rientro della regione.

Va infatti segnalato che le più recenti stime sull'ammontare dei disavanzi sanitari regionali testimoniano che le regioni attualmente coinvolte nella stipula di piani di rientro con i citati Ministeri hanno continuato a registrare negli ultimi anni un continuo peggioramento nei loro saldi di bilancio. Uno studio del Cergas-Bocconi (cosiddetto « rapporto OASI ») pubblicato nel novembre 2006 conferma infatti una volta di più che a determinare il disavanzo sanitario nazionale sono sempre le stesse regioni, quelle costrette per legge a incrementare le addizionali fiscali, a presentare piani di rientro e ad accettare l'affiancamento ministeriale. Tra il 2001 e il 2005 tre regioni da sole sono infatti riuscite ad assorbire oltre il 63 per cento del debito complessivo: trattasi del Lazio (28 per cento), della Campania (23 per cento) e della Sicilia (12 per cento). Ancora più grave è peraltro la situazione se si valuta il disavanzo *pro-capite* cumulato nel 2001-2005 (al lordo delle assegnazioni a copertura del debito previste dalle ultime leggi finanziarie): il debito *pro-capite* dei cittadini del Lazio è infatti di 1.480 euro, di 788 euro per i cittadini della Campania e di 570 euro per i cittadini dell'Abruzzo.

Va peraltro segnalato che l'articolo 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), oltre all'attività di « affiancamento », ha istituito in favore di queste regioni interessate dai più elevati disavanzi un Fondo transitorio di durata triennale complessivamente ammontante a 1.000 milioni di euro per il 2007, a 850 milioni di euro per il 2008 e a 700 milioni di euro per il 2009.

Il nuovo Fondo è uno degli esiti più significativi del nuovo patto per la salute siglato il 28 settembre 2006; la logica su cui si basa il patto è quella della garanzia, per le regioni, di un incremento dei trasferimenti statali per la sanità, a fronte della quale le regioni sono chiamate ad assumersi una « inderogabile responsabilità » di bilancio sia nell'utilizzo di eventuali maggiori risorse liberate da efficientamenti del sistema sanitario regionale, sia nell'adozione di misure di ripiano dei disavanzi.

A dispetto di queste statuizioni di principio, e nonostante l'istituzione del Fondo transitorio della citata legge finanziaria 2007, nel mese di marzo 2007 si è tuttavia resa necessaria la predisposizione di un nuovo intervento statale di ripiano a piè di lista dei disavanzi sanitari delle regioni meno virtuose.

Il riferimento è, chiaramente, al decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, con il quale sono stati stanziati 3 miliardi di euro per una nuova operazione di ripiano dei disavanzi sanitari pregressi maturati nel periodo 2001-2005 dalle regioni che:

a) già accedono al Fondo transitorio istituito dalla legge finanziaria 2007;

b) hanno provveduto ad applicare ai massimi livelli l'addizionale dell'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP conformemente alla legislazione vigente;

c) dispongono, anche in via alternativa: la destinazione al settore sanitario di quote di manovre fiscali già adottate; la destinazione al settore sanitario di quote di tributi erariali attribuiti alle regioni stesse; la destinazione al settore sanitario, nei limiti dei poteri attribuiti alla regione dalla normativa statale, di nuove misure fiscali da attivare sul territorio.

Tale intervento straordinario statale solleva numerose preoccupazioni sulla sostenibilità, nel lungo periodo, della spesa sanitaria nelle regioni meno efficienti e virtuose.

In primo luogo, è infatti necessario ribadire che la riforma del sistema di finanziamento della sanità operata con il citato decreto legislativo n. 56 del 2000 e la contestuale riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione hanno contribuito a modificare in modo sostanziale il sistema di rapporti tra Stato e regioni nella gestione del SNN, nel senso della netta suddivisione di oneri e di responsabilità. Tale principio, che è alla base della stessa stipula dei « patti di stabilità » sanitari tra Stato e regioni con valenza pluriennale (il

primo patto è stato stipulato il 3 agosto 2000, l'ultimo alla fine del 2006 con la sottoscrizione del nuovo patto della salute), trova un esplicito riconoscimento legislativo nel citato decreto-legge n. 347 del 2001, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 405 del 2001, che sancisce la responsabilità delle regioni sulla copertura degli eventuali disavanzi di gestione nel settore sanitario. Tale principio, cui il citato decreto-legge n. 23 del 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 64 del 2007, esplicitamente deroga, rappresenta tuttavia una sorta di criterio fondamentale che non può essere reiteramente disapplicato, pena lo stravolgimento del complessivo equilibrio dei rapporti tra Stato e regioni nel settore sanitario.

In secondo luogo, è evidente che il nuovo intervento di ripiano statale finisce per far pagare per la quarta volta allo Stato i disavanzi sanitari regionali: si ricorda, infatti, che un primo intervento straordinario di ripiano era stato disposto dalla citata legge finanziaria 2005, che aveva stanziato 2.000 milioni di euro per il ripiano dei disavanzi sanitari pregressi relativi agli anni 2001, 2002 e 2003; a questo intervento si aggiungono gli ulteriori 2.000 milioni di euro stanziati dalla citata legge finanziaria 2006 per la copertura dei disavanzi pregressi del SNN relativamente agli anni 2002, 2003 e 2004. Se entrambi questi stanziamenti straordinari sono stati ripartiti tra tutte le regioni sulla base del numero dei residenti, un'operazione di ripiano selettiva è stata svolta dalla citata legge finanziaria 2007, che ha istituito il già menzionato Fondo transitorio rivolto alle regioni che presentano un disavanzo pari o superiore al 7 per cento nell'anno precedente o nelle quali sia scattata l'applicazione ai massimi livelli delle addizionali e delle aliquote regionali. Ne consegue un'evidente sovrapposizione di operazioni statali di ripiano, destinate indubbiamente a scoraggiare l'effettivo risanamento dei conti regionali e a indebolire anche le aspettative delle regioni « virtuose » circa la serietà del patto stipulato con lo Stato.

Per queste ragioni si ritiene improrogabile l'istituzione di una Commissione

parlamentare di inchiesta che approfondisca le cause di sistema che, nelle regioni interessate dal citato decreto-legge n. 23 del 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 64 del 2007, hanno contribuito al formarsi di disavanzi sanitari non autonomamente ripianabili a livello regionale.

Nello specifico, si attribuisce all'istituenda Commissione parlamentare di inchiesta il compito di:

a) acquisire, con la collaborazione delle regioni interessate, tutti i documenti, le informazioni e gli elementi per valutare le condizioni politiche, amministrative, gestionali e operative che, nel periodo 2001-2005, hanno contribuito al formarsi dei disavanzi sanitari regionali interessati dal citato decreto-legge n. 23 del 2007;

b) verificare, nelle regioni interessate da maggiori disavanzi sanitari, il rispetto degli obbiettivi organizzativi, funzionali, procedurali, di qualità, di efficacia, di efficienza, di esito e di risultato che, nei diversi ambiti di attività del SNN, contribuiscono, a livello regionale, al raggiungimento degli obbiettivi di rispetto dell'equilibrio di bilancio;

c) accertare eventuali responsabilità politiche, amministrative e gestionali relative al formarsi dei disavanzi sanitari regionali oggetto di indagine;

d) accertare la congruità della normativa vigente, anche al fine di formulare eventuali proposte di carattere legislativo e amministrativo;

e) verificare la congruità delle misure di rientro della situazione debitoria contenute negli accordi stipulati dalle regioni in disavanzo con lo Stato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004.

L'istituenda Commissione di inchiesta è chiamata a riferire almeno annualmente sull'andamento dei rispettivi lavori: tali periodiche verifiche sono funzionali a consentire alla Camera dei deputati un ag-

giornamento puntuale sulla situazione sanitaria delle regioni maggiormente in difficoltà, al fine di evitare che — nel prossimo futuro — si rendano necessari nuovi interventi straordinari di ripiano. Nella convinzione che tale attività di indagine sia destinata a consentire al Parlamento una conoscenza più approfondita e aggiornata sulle aree di criticità del SSN

nelle regioni interessate da maggiori disavanzi — anche ai fini dell'adozione di tempestivi correttivi di sistema — auspichiamo che la presente proposta di inchiesta parlamentare possa incontrare il favore trasversale di tutte le forze politiche sensibili alle diffuse esigenze dei cittadini di un SSN più efficace, efficiente e sostenibile in termini di rapporto costi-benefici.

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

—

ART. 1.

(Istituzione e finalità della Commissione parlamentare d'inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali relativi al periodo 2001-2005).

1. È istituita, per la durata della XVI legislatura, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali relativi al periodo 2001-2005, di seguito denominata « Commissione ».

2. L'attività della Commissione è finalizzata all'acquisizione di tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni normative, amministrative, gestionali, erogative, finanziarie, organizzative, funzionali, di monitoraggio e di controllo che, nelle regioni interessate dal decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, hanno contribuito al formarsi di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente a livello regionale, anche al fine di accertarne le relative responsabilità.

ART. 2.

(Composizione della Commissione).

1. La Commissione è composta da venticinque deputati, nominati dal Presidente della Camera dei deputati, in proporzione al numero dei componenti i gruppi parlamentari, comunque assicurando la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo parlamentare.

2. La Commissione è rinnovata dopo il primo biennio dalla sua costituzione e i suoi componenti possono essere confermati.

3. Il Presidente della Camera dei deputati, entro dieci giorni dalla nomina dei

suoi componenti, convoca la Commissione per la costituzione dell'ufficio di presidenza.

4. L'ufficio di presidenza, composto dal presidente, da due vicepresidenti e da due segretari, è eletto dai componenti della Commissione a scrutinio segreto. Nell'elezione del presidente, se nessuno riporta la maggioranza assoluta dei voti, si procede al ballottaggio tra i due candidati che hanno ottenuto il maggior numero di voti. In caso di parità di voti è proclamato eletto o entra in ballottaggio il più anziano di età.

5. Per l'elezione, rispettivamente, dei due vicepresidenti e dei due segretari, ciascun componente della Commissione scrive sulla propria scheda un solo nome. Sono eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero di voti. In caso di parità di voti si procede ai sensi del comma 4.

6. Le disposizioni di cui ai commi 4 e 5 si applicano anche per le elezioni suppletive.

7. La Commissione può organizzare i suoi lavori attraverso uno o più comitati, costituiti ai sensi del regolamento di cui all'articolo 8.

ART. 3.

(Compiti della Commissione).

1. Alla Commissione è attribuito il compito di:

a) acquisire, con la collaborazione delle regioni interessate, tutti i documenti, le informazioni e gli elementi per valutare le condizioni politiche, amministrative, gestionali e operative che, nel periodo 2001-2005, hanno contribuito al formarsi dei disavanzi sanitari nelle regioni interessate dal decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64;

b) verificare, nelle regioni interessate dai maggiori disavanzi sanitari, sulla base dei documenti, delle informazioni e degli elementi acquisiti ai sensi della lettera a):

1) l'esistenza di eventuali sprechi e inefficienze nell'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

2) la sostenibilità e l'adeguatezza della programmazione economico-finanziaria e contabile e dei relativi provvedimenti attuativi, con specifico riferimento al settore sanitario;

3) il livello della spesa direttamente sostenuta dai cittadini nelle aziende sanitarie locali, nelle aziende ospedaliere, e nelle strutture socio-sanitarie e sanitarie accreditate presso il Servizio sanitario nazionale;

4) l'appropriatezza delle prestazioni erogate, il livello di qualità e di efficacia dei trattamenti effettuati e la diffusione delle metodiche di verifica e di revisione della qualità, valutandone la ricaduta sulla programmazione e sulla gestione dei servizi sanitari;

5) la trasparenza delle procedure di affidamento delle forniture di beni e di servizi e l'economicità delle scelte effettuate in base ad esse;

6) l'adeguatezza delle strutture e delle tecnologie sanitarie, valutando in particolare l'attuazione degli adempimenti relativi al programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni;

7) il rispetto degli obiettivi nazionali di ristrutturazione della rete ospedaliera, al fine di accertare i livelli di riduzione dei ricoveri impropri e di soddisfazione della domanda di prestazioni assistenziali di riabilitazione e di lungodegenza;

8) lo stato di realizzazione delle reti di assistenza sanitaria territoriale e domiciliare e la corrispondente accessibilità del servizio da parte degli utenti;

9) l'adeguatezza delle disposizioni regionali in materia di accreditamento delle strutture erogatrici e di stipula degli accordi contrattuali, valutando la corrispondente esistenza di un'offerta di servizi sufficientemente ampia e adeguata alla domanda degli utenti;

10) l'esistenza di adeguati strumenti di controllo della spesa farmaceutica e di promozione di un consumo appropriato di medicinali, atti a garantire il rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla legislazione vigente;

11) la sostenibilità delle politiche relative al personale e la trasparenza delle procedure concorsuali per l'affidamento degli incarichi dirigenziali;

12) la trasparenza e l'efficienza del sistema regionale di finanziamento delle aziende sanitarie locali e ospedaliere e delle altre strutture erogatrici;

13) l'esistenza di adeguate procedure e di sedi di monitoraggio e di controllo della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza del servizio erogato a livello infraregionale e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili;

14) lo stato di attuazione e di funzionamento, a livello regionale, del numero unico per l'emergenza-urgenza 118 e della correlata organizzazione ospedaliera di pronto soccorso e di rianimazione;

c) accertare eventuali responsabilità degli amministratori operanti nella gestione del Servizio sanitario nazionale nelle regioni interessate da maggiori disavanzi sanitari, relativamente alle aree di indagine di cui alla lettera b);

d) accertare la congruità della normativa vigente, proponendo soluzioni di carattere legislativo e amministrativo ritenute opportune per rafforzare l'incisività dei controlli e il coordinamento nelle attività di monitoraggio della spesa e dei consumi, da parte dello Stato, della regione e degli enti locali coinvolti, nelle regioni interessate da più elevati disavanzi;

e) verificare la congruità delle misure di rientro dalla situazione debitoria contenute negli accordi stipulati con lo Stato dalle regioni in disavanzo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni.

ART. 4.

(Relazione annuale della Commissione).

1. La Commissione riferisce all'Assemblea della Camera dei deputati al termine dei suoi lavori, nonché ogni volta che lo ritiene opportuno e comunque annualmente.

2. La Commissione, ai fini dello svolgimento dei compiti ad essa assegnati, acquisisce la documentazione prodotta o raccolta dalle precedenti Commissioni parlamentari di inchiesta in materia sanitaria.

ART. 5.

(Poteri e limiti della Commissione).

1. La Commissione procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria.

2. Ferme restando le competenze dell'autorità giudiziaria, per le audizioni a testimonianza davanti alla Commissione si applicano le disposizioni degli articoli da 366 a 384-*bis* del codice penale.

3. Per i segreti d'ufficio, professionale e bancario si applicano le norme vigenti. In nessun caso, comunque, per i delitti contro la pubblica amministrazione e per i delitti contro l'economia pubblica, può essere oposto il segreto di Stato.

4. È sempre opponibile il segreto tra difensore e parte processuale nell'ambito del mandato.

5. Gli agenti e gli ufficiali di polizia giudiziaria non sono tenuti a rivelare alla Commissione i nomi di chi ha loro fornito informazioni.

ART. 6.

(Richiesta di atti e documenti).

1. La Commissione può richiedere, anche in deroga al divieto stabilito dall'articolo 329 del codice di procedura penale, copie di atti e documenti relativi a procedimenti e inchieste in corso presso l'autorità giudiziaria o altri organi inquirenti, nonché copie di atti e documenti relativi a

indagini e inchieste parlamentari. Se l'autorità giudiziaria, per ragioni di natura istruttoria, ritiene di non poter derogare al segreto di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale, emette decreto motivato di rigetto. Quando tali ragioni vengono meno, l'autorità giudiziaria provvede senza ritardo a trasmettere quanto richiesto.

2. La Commissione stabilisce quali atti e documenti non devono essere divulgati, anche in relazione ad esigenze attinenti ad altre istruttorie o inchieste in corso. Devono in ogni caso essere coperti dal segreto gli atti e i documenti attinenti a procedimenti giudiziari nella fase delle indagini preliminari.

ART. 7.

(Obbligo del segreto).

1. 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 d'ufficio o di servizio, sono obbligati al segreto per tutto quanto riguarda gli atti e i documenti di cui all'articolo 6, comma 2.

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, la violazione dell'obbligo di cui al comma 1, nonché la diffusione, in tutto o in parte, di atti o documenti funzionali al procedimento di inchiesta dei quali è stata vietata la divulgazione, sono punite ai sensi dell'articolo 326 del codice penale.

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, le stesse pene previste ai sensi del comma 2 si applicano a chiunque diffonde, in tutto o in parte, anche per riassunto o informazione, atti o documenti del procedimento di inchiesta dei quali è stata vietata la divulgazione.

ART. 8.

*(Organizzazione dei lavori
della Commissione).*

1. L'attività il funzionamento della Commissione e dei comitati istituiti ai sensi dell'articolo 2, comma 7, sono disciplinati

da un regolamento interno approvato dalla Commissione prima dell'inizio dell'attività di inchiesta. Ciascun componente può proporre la modifica delle disposizioni regolamentari.

2. Tutte le volte che lo ritiene opportuno la Commissione può riunirsi in seduta segreta.

3. La Commissione può avvalersi dell'opera di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria e di tutte le collaborazioni che ritiene necessarie. Ai fini dell'opportuno coordinamento con le strutture giudiziarie e di polizia, la Commissione si avvale dell'apporto di almeno un magistrato e un dirigente dell'Amministrazione dell'interno, designati rispettivamente dai Ministri della giustizia e dell'interno, d'intesa con il presidente della Commissione.

4. Per l'espletamento delle sue funzioni la Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dal Presidente della Camera dei deputati.

5. La Commissione cura l'informatizzazione dei documenti acquisiti e prodotti nel corso dell'attività propria e delle precedenti Commissioni parlamentari di inchiesta in materia sanitaria.

6. Le spese di funzionamento della Commissione sono poste a carico del bilancio interno della Camera dei deputati. Esse sono stabilite nel limite massimo di 40.000 euro per l'anno 2008 e di 100.000 euro per ciascuno degli anni seguenti.