

556.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	3	Articolo 3 e relative proposte emendative .	11
Missioni vevoli nella seduta del 27 gennaio 2016	3	Articolo 4 e relative proposte emendative .	13
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Modifica del titolo di proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente)	3, 4	Articolo 5 e relative proposte emendative .	14
Corte costituzionale (Annunzio di sentenze) .	5	Articolo 6 e relative proposte emendative .	18
Documenti ministeriali (Trasmissioni)	8, 9	Articolo 7 e relative proposte emendative .	20
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio)	9	Articolo 8 e relative proposte emendative .	24
Atti di controllo e di indirizzo	9	Articolo 9 e relative proposte emendative .	27
Testo unificato delle proposte di legge nn. 259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155-A .	10	Articolo 10 e relative proposte emendative .	31
Articolo 2 e relative proposte emendative	10	Articolo 11 e relative proposte emendative .	35
		Articolo 12 e relative proposte emendative .	38
		Articolo 13 e relative proposte emendative .	38
		Articolo 14 e relative proposte emendative .	41
		Articolo 15 e relative proposte emendative .	46
		Ordini del giorno	47

N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

	PAG.		PAG.
Interrogazioni a risposta immediata	63	Chiarimenti in merito ad asserite prospettive di una riduzione del debito pubblico dell'Italia nell'anno corrente, alla luce delle osservazioni contenute in un recente rapporto diffuso dalla Commissione europea — 3-01962	70
Iniziative per garantire un'adeguata vigilanza nei musei italiani — 3-01957	63		
Iniziative in materia di ricongiunzione onerosa dei contributi pensionistici — 3-01958	65	Chiarimenti in merito alla corretta interpretazione di una recente lettera inviata dalla Banca centrale europea relativa alla richiesta di un rafforzamento patrimoniale degli Istituti di credito italiani — 3-01963	71
Iniziative urgenti per una diminuzione dei costi del carburante attraverso l'eliminazione delle accise più antiquate — 3-01959 .	67	Iniziative per il contrasto all'evasione fiscale — 3-01964	72
Stato dell'interlocuzione in corso con le autorità europee in ordine alle annunciate iniziative finalizzate al rafforzamento del sistema bancario, con particolare riferimento alla realizzazione di un meccanismo di gestione dei crediti bancari deteriorati — 3-01960	68	Iniziative di competenza per garantire maggiore controllo sui trasferimenti di denaro contante dall'Italia verso l'estero — 3-01965 .	73
Iniziative di competenza per assicurare una piena vigilanza da parte di Consip in qualità di centrale unica di committenza per la pubblica amministrazione — 3-01961	68	Elementi ed iniziative di competenza in relazione a recenti sentenze della Corte costituzionale che hanno sancito l'incostituzionalità di disposizioni contenute nel decreto-legge cosiddetto « Sblocca Italia » — 3-01966 .	73

COMUNICAZIONI

**Missioni valevoli
nella seduta del 27 gennaio 2016.**

Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Amici, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bergamini, Bernardo, Bindi, Biondelli, Blažina, Bobba, Bocci, Boccia, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Calabria, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Centemero, Chaouki, Cicchitto, Cimbrotti, Cirielli, Costa, Crippa, D'Alia, D'Ambrosio, Dadone, Dambroso, Damiano, De Micheli, Del Basso de Caro, Dellai, Di Gioia, Luigi Di Maio, Manlio Di Stefano, Epifani, Faraone, Gianni Farina, Fedriga, Ferranti, Ferrara, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Fraccaro, Franceschini, Galati, Garofani, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Gozi, Kronbichler, La Russa, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuoli, Mannino, Marazziti, Mazziotti Di Celso, Merlo, Meta, Migliore, Nicoletti, Orlando, Pes, Piccoli Nardelli, Gianluca Pini, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Rigoni, Rosato, Domenico Rossi, Rossomando, Rughetti, Sanga, Sani, Scalfarotto, Scanu, Schullian, Scotto, Sereni, Spadoni, Speranza, Tabacci, Tofalo, Valeria Valente, Villecco Calipari, Zampa, Zanetti.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Adornato, Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Amici, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bergamini, Bernardo,

Bindi, Biondelli, Blažina, Bobba, Bocci, Boccia, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Calabria, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Centemero, Chaouki, Cicchitto, Cimbrotti, Cirielli, Costa, Crippa, D'Alia, D'Ambrosio, Dadone, Dambroso, Damiano, De Menech, De Micheli, Del Basso de Caro, Dellai, Di Gioia, Luigi Di Maio, Manlio Di Stefano, Epifani, Faraone, Gianni Farina, Fedriga, Ferranti, Ferrara, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Fraccaro, Franceschini, Galati, Garofani, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Gozi, Kronbichler, La Russa, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuoli, Mannino, Marazziti, Mazziotti Di Celso, Merlo, Meta, Migliore, Nicoletti, Orlando, Pes, Piccoli Nardelli, Gianluca Pini, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Rigoni, Rosato, Domenico Rossi, Rossomando, Rughetti, Sanga, Sani, Scalfarotto, Scanu, Schullian, Scotto, Sereni, Spadoni, Speranza, Tabacci, Tofalo, Valeria Valente, Vignali, Villecco Calipari, Zampa, Zanetti.

Annunzio di proposte di legge.

In data 26 gennaio 2016 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

DAMBRUOSO e MANCIULLI: « Misure per la prevenzione della radicalizzazione e dell'estremismo jihadista » (3558);

PIRAS ed altri: « Modifiche all'articolo 47 del decreto-legge 30 settembre

2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e altre disposizioni a tutela delle vittime dell'amianto » (3559);

BORGHESE e MERLO: « Disciplina della donazione di tessuti e di cellule staminali del cordone ombelicale e altre disposizioni per promuovere l'alta formazione e la ricerca in materia a fini scientifici e terapeutici » (3560).

Saranno stampate e distribuite.

Adesione di deputati a proposte di legge.

La proposta di legge MURA ed altri: « Introduzione del reddito di insediamento e altre disposizioni per favorire la residenza nei comuni con popolazione non superiore a 3.000 abitanti situati nelle aree svantaggiate e nelle zone interne » (2510) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Bruno Bossio.

Modifica del titolo di proposte di legge.

La proposta di legge n. 3502, d'iniziativa dei deputati CATANIA ed altri, ha assunto il seguente titolo: « Modifiche al codice penale e altre disposizioni per il contrasto della contraffazione ».

Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoindicate Commissioni permanenti:

I Commissione (Affari costituzionali):

NASTRI: « Disposizioni per la sicurezza nella regione Piemonte » (3493) *Parere delle Commissioni IV, V e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

II Commissione (Giustizia):

D'ALESSANDRO e MORANI: « Istituzione di un fondo per l'indennizzo delle vittime dei reati intenzionali violenti » (3496) *Parere delle Commissioni I, V, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), XII e XIV.*

VI Commissione (Finanze):

LUPI ed altri: « Misure per il sostegno della famiglia » (3287) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V, VII, VIII, X, XI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, relativamente alle disposizioni in materia previdenziale), XII (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali;*

NASTRI: « Interpretazione autentica del comma 6 dell'articolo 51 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, concernente il diritto alle indennità e alle maggiorazioni di retribuzione spettanti ai lavoratori tenuti per contratto allo svolgimento delle attività lavorative in luoghi sempre variabili e diversi » (3489) *Parere delle Commissioni I, V, X e XI.*

VII Commissione (Cultura):

ZAMPA ed altri: « Disposizioni per la promozione della lettura, il sostegno delle librerie di qualità, dei traduttori nonché delle piccole e medie imprese editoriali » (3453) *Parere delle Commissioni I, V, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), IX, X, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

XI Commissione (Lavoro):

MARTI ed altri: « Agevolazione contributiva in favore delle aziende turistiche a carattere stagionale operanti nel Mezzogiorno d'Italia e nelle isole minori » (2883) *Parere delle Commissioni I, V, VI (ex*

articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria) e X;

CARRESCIA: « Disposizioni concernenti l'integrazione della composizione della Commissione medico-ospedaliera per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, di cui all'articolo 193 del codice dell'ordinamento militare di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, e del Comitato di verifica per le cause di servizio, previsto dall'articolo 10 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461 » (3491) *Parere delle Commissioni I, IV, V e XII;*

MATARRELLI: « Disposizioni per la concessione di contributi previdenziali e di incrementi del trattamento di pensione per il riconoscimento dei lavori di cura familiare e parentale » (3510) *Parere delle Commissioni I, V, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria) e XII.*

Commissioni riunite II (Giustizia) e X (Attività produttive):

CATANIA ed altri: « Modifiche al codice penale e altre disposizioni per il contrasto della contraffazione » (3502) *Parere delle Commissioni I, III, IV, V, VI, VII, IX, XIII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Annuncio di sentenze della Corte costituzionale.

La Corte costituzionale ha depositato in cancelleria le seguenti sentenze che, ai sensi dell'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari costituzionali):

Sentenza n. 273 del 1°-22 dicembre 2015 (Doc. VII, n. 563), con la quale:

dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 11, della legge 23 giugno 2014, n. 89 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, recante misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. Deleghe al Governo per il completamento della revisione della struttura del bilancio dello Stato, per il riordino della disciplina per la gestione del bilancio e il potenziamento della funzione del bilancio di cassa, nonché per l'adozione di un testo unico in materia di contabilità di Stato e di tesoreria), promossa dalla Regione siciliana;

dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 50, comma 10, del decreto-legge n. 66 del 2014 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge n. 89 del 2014, promossa, in riferimento agli articoli 14, 17, 37 e 38 e del regio decreto legislativo 15 maggio 1946, n. 455 (Approvazione dello statuto della Regione siciliana), convertito dalla legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 2, dalla Regione siciliana;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 50, comma 10, del decreto-legge n. 66 del 2014, convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge n. 89 del 2014, promossa, in riferimento agli articoli 36 e 43 del regio decreto legislativo n. 455 del 1946, convertito dalla legge costituzionale n. 2 del 1948, e all'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1965, n. 1074 (Norme di attuazione dello Statuto della Regione siciliana in materia finanziaria), nonché al principio di leale collaborazione, dalla Regione siciliana:

alle Commissioni riunite V (Bilancio) e VI (Finanze);

Sentenza n. 1 del 17 novembre 2015-14 gennaio 2016 (Doc. VII, n. 564), con la quale:

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 31

del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 133 (Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 11 novembre 2014, n. 164, promosse, in riferimento all'articolo 117, comma quarto, della Costituzione e all'articolo 10 della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione), nonché al decreto del Presidente della Repubblica 22 marzo 1974, n. 381 (Norme di attuazione dello statuto speciale per la regione Trentino-Alto Adige in materia di urbanistica ed opere pubbliche), dalla Provincia autonoma di Bolzano;

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 31 del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito dalla legge n. 164 del 2014, promosse, in riferimento al decreto del Presidente della Repubblica n. 381 del 1974 e al decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1973, n. 686 (Norme di attuazione dello statuto speciale per la regione Trentino-Alto Adige concernente esercizi pubblici e spettacoli pubblici), dalla Provincia autonoma di Trento;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 31 del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito dalla legge n. 164 del 2014, promosse, in riferimento agli articoli 8, numeri 5) e 20), 9, numero 7), e 16 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670 (Approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige), all'articolo 2 del decreto legislativo 16 marzo 1992, n. 266 (Norme di attuazione dello statuto speciale per il Trentino-Alto Adige concernenti il rapporto tra atti legislativi statali e leggi regionali e provinciali, nonché la potestà statale di indirizzo e coordinamento), all'articolo 11, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 19 novembre

1987, n. 526 (Estensione alla regione Trentino-Alto Adige ed alle Province autonome di Trento e Bolzano delle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616), al decreto del Presidente della Repubblica 22 marzo 1974, n. 278 (Norme di attuazione dello statuto speciale per la regione Trentino-Alto Adige in materia di turismo ed industrie alberghiere), al decreto del Presidente della Repubblica n. 686 del 1973, nonché al principio di leale collaborazione dalla Provincia autonoma di Bolzano;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 31 del decreto-legge n. 133 del 2014, come convertito dalla legge n. 164 del 2014, promosse, in riferimento agli articoli 8, numeri 5), 6) e 20), e 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 670 del 1972, all'articolo 117, comma quarto, della Costituzione e all'articolo 10 della legge costituzionale n. 3 del 2001, all'articolo 2 del decreto legislativo n. 266 del 1992, al decreto del Presidente della Repubblica n. 278 del 1974, nonché al principio di leale collaborazione dalla Provincia autonoma di Trento:

alla X Commissione (Attività produttive);

Sentenza n. 2 del 1° dicembre 2015-14 gennaio 2016 (Doc. VII, n. 565), con la quale:

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 18 della legge della Provincia autonoma di Trento 27 luglio 2007, n. 13 (Politiche sociali nella provincia di Trento), sollevata, in riferimento agli articoli 38, primo comma, della Costituzione e 4 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670 (Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige), in relazione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a

New York il 13 dicembre 2006, dal tribunale ordinario di Trento, sezione distaccata di Tione di Trento:

alla XII Commissione (Affari sociali);

Sentenza n. 3 del 1° dicembre 2015-14 gennaio 2016 (Doc. VII, n. 566), con la quale:

dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 508, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge di stabilità 2014), promossa, in riferimento all'articolo 36 del regio decreto legislativo 15 maggio 1946, n. 455 (Approvazione dello statuto della Regione siciliana), ed in relazione all'articolo 2, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1965, n. 1074 (Norme di attuazione dello Statuto della Regione siciliana in materia finanziaria), dalla Regione siciliana;

dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, commi 508 e 590, della legge n. 147 del 2013, promossa, in riferimento agli articoli 20 e 43 del regio decreto legislativo n. 455 del 1946 ed agli articoli 81, sesto comma, 97, primo comma, e 119 della Costituzione, dalla Regione siciliana;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 508, della legge n. 147 del 2013 in combinato disposto con il comma 590 del medesimo articolo, promossa, in riferimento all'articolo 36 del regio decreto legislativo n. 455 del 1946 ed in relazione all'articolo 2, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica n. 1074 del 1965, dalla Regione siciliana:

alle Commissioni riunite V (Bilancio) e VI (Finanze);

Sentenza n. 8 del 17 novembre 2015-21 gennaio 2016 (Doc. VII, n. 568), con la quale:

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 1,

comma 422, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge di stabilità 2014), in riferimento agli articoli 3, 24, 101, 111, 113, 118, 119 e 117, primo comma, della Costituzione, in relazione agli articoli 6 e 13 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con la legge 4 agosto 1955, n. 848, promosse dalla regione Lazio;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dello stesso articolo 1, comma 422, della legge n. 147 del 2013, in riferimento agli articoli 3, 81, 97, 117, terzo comma, 118 e 119 della Costituzione, promosse dalla regione Campania:

alla VIII Commissione (Ambiente);

Sentenza n. 9 del 2 dicembre 2015-21 gennaio 2016 (Doc. VII, n. 569), con la quale:

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge della regione Lombardia 4 dicembre 2014, n. 32, recante « Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 7 ottobre 2002, n. 20 (Contenimento della nutria – *Myocastor coypus*) », promossa, in riferimento all'articolo 117, secondo comma, lettera g), della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, lettera d), della medesima legge regionale n. 32 del 2014, promossa, in riferimento all'articolo 117, commi primo e secondo, lettere h) e s), della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri:

alla XIII Commissione (Agricoltura).

La Corte costituzionale ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, secondo comma, della legge 11 marzo 1953, n.87, copia delle seguenti sentenze che, ai sensi del-

l'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari costituzionali), se non già assegnate alla stessa in sede primaria:

con lettera in data 22 gennaio 2016, sentenza n. 272 del 1°-22 dicembre 2015 (Doc. VII, n. 562), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 41, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 23 giugno 2014, n. 89, in riferimento agli articoli 3, 97, secondo comma, e 117, quarto comma, della Costituzione:

alla V Commissione (Bilancio);

con lettera in data 21 gennaio 2016, sentenza n. 7 del 1° dicembre 2015-21 gennaio 2016 (Doc. VII, n. 567), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, commi 2 e 4, del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 133 (Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 11 novembre 2014, n. 164, nella parte in cui non prevede che l'approvazione dei relativi progetti avvenga d'intesa con la regione interessata;

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 10-*bis*, del decreto-legge n. 133 del 2014, nella parte in cui non prevede che l'approvazione del Piano di ammodernamento dell'infrastruttura ferroviaria avvenga d'intesa con la Conferenza Stato-regioni;

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 11, del decreto-legge n. 133 del 2014, nella parte in cui, ai fini dell'approvazione, non prevede il pa-

rere della regione sui contratti di programma tra l'Ente Nazionale per l'Aviazione Civile (ENAC) e i gestori degli scali aeroportuali di interesse nazionale:

alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e IX (Trasporti).

Trasmissione dal Ministro per le riforme costituzionali e i rapporti con il Parlamento.

Il Ministro per le riforme costituzionali e i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 13 gennaio 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6-*ter* del decreto-legge 23 ottobre 1996, n. 553, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 652, la relazione – predisposta dal Ministero della giustizia – sullo stato di attuazione del programma di costruzione e adattamento di stabilimenti di sicurezza destinati a consentire il trattamento differenziato dei detenuti e sulle disponibilità del personale necessario all'utilizzazione di tali stabilimenti, riferita al secondo semestre del 2015.

Questa relazione è trasmessa alla II Commissione (Giustizia).

Trasmissione dai Ministri della salute e della giustizia.

Il Ministro della salute e il Ministro della giustizia, con lettera in data 19 gennaio 2016, hanno trasmesso, ai sensi dell'articolo 1, comma 2-*bis*, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, la relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, aggiornata al 31 dicembre 2015 (Doc. CCXVII, n. 4).

Questa relazione è trasmessa alla II Commissione (Giustizia) e alla XII Commissione (Affari sociali).

Trasmissione dal Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.

Il Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, con lettera in data 22 gennaio 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 15, comma 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, la relazione relativa alla procedura d'infrazione n. 2004/2034, avviata, ai sensi dell'articolo 260 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, per violazione del diritto dell'Unione in riferimento alla cattiva applicazione della direttiva 91/271/CEE sul trattamento delle acque reflue urbane (« aree normali »).

Questa relazione è trasmessa alla VIII Commissione (Ambiente) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Annuncio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 26 gennaio 2016, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoidicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sul riesame dell'adeguatezza della definizione di « capitale ammissibile » a norma dell'articolo 517 del regolamento (UE) n. 575/2013

(COM(2016) 21 final), che è assegnata in sede primaria alla VI Commissione (Finanze);

Proposta di decisione del Consiglio che stabilisce la posizione da adottare a nome dell'Unione europea in sede di Consiglio generale dell'OMC in merito alla richiesta della Giordania di una deroga dell'OMC relativa al periodo transitorio per la soppressione del suo programma di sovvenzioni all'esportazione (COM(2016) 22 final), che è assegnata in sede primaria alla III Commissione (Affari esteri);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo 294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio in merito all'adozione di una direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'interoperabilità del sistema ferroviario nell'Unione europea (Rifusione) (COM(2016) 35 final), che è assegnata in sede primaria alla IX Commissione (Trasporti);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo 294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio in merito all'adozione del nuovo regolamento relativo all'Agenzia dell'Unione europea per le ferrovie e che abroga il regolamento (CE) n. 881/2004 (COM(2016) 36 final), che è assegnata in sede primaria alla IX Commissione (Trasporti).

Atti di controllo e di indirizzo.

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

**TESTO UNIFICATO DELLE PROPOSTE DI LEGGE: FUCCI;
FUCCI; GRILLO ED ALTRI; CALABRÒ ED ALTRI; VARGIU
ED ALTRI; MIOTTO ED ALTRI; MONCHIERO ED ALTRI;
FORMISANO: DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO
(A.C. 259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155-A)**

A.C. 259-A – Articolo 2

**ARTICOLO 2 DEL TESTO UNIFICATO
DELLA COMMISSIONE**

ART. 2.

(Attribuzione della funzione di garante del diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa, che preveda la rappresentanza delle associazioni dei pazienti e il supporto tecnico.

2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante del diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione, anche anonima, di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria.

3. Il Difensore civico acquisisce gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, agisce a tutela del diritto lesa.

4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sugli errori sanitari e sul contenzioso e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 2 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 2.

(Attribuzione della funzione di garante del diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).

Al comma 4, aggiungere, in fine, i seguenti periodi: Le strutture sanitarie hanno l'obbligo di trasmettere al Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati relativi alla propria attività. Le strutture sanitarie inadempienti incorrono in sanzioni amministrative determinate con decreto del Ministro della salute.

2. 11. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

Dopo il comma 4, aggiungere i seguenti:

4-bis. Alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, all'articolo 1, comma 539, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: « d-bis) predisposizione di una relazione semestrale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso, e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione viene pubblicata sul sito web della struttura sanitaria. »

4-ter. Il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, acquisisce i dati e le informazioni sul rischio clinico e gli eventi avversi dalle strutture sanitarie, di cui all'articolo 1, comma 539 lettera d-bis) della legge 28 dicembre 2015, n. 208, introdotta dal comma 4-bis.

2. 12. Nicchi, Gregori, Fratoianni.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. È fatto obbligo ad ogni sanitario di comunicare al Centro per la gestione del rischio sanitario di riferimento ogni richiesta di risarcimento, denuncia o informazione di garanzia cui è stato oggetto. Pari obbligo di notifica al Centro è a carico di ogni istituto di cura pubblico, accreditato o privato.

Conseguentemente, all'articolo 3 dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. I dati sulle richieste di risarcimento, relativi al rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, nonché quelli sugli esiti delle stesse, sono trasmessi dalle compagnie assicurative a qualsiasi titolo operanti sul territorio nazionale all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni e da questo comunicati periodicamente all'Osservatorio.

2. 13. Binetti.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. Al fine di permettere l'effettiva disponibilità e trasmissibilità dei dati e

delle segnalazioni sul contenzioso, a ciascun ufficio regionale del Garante per il diritto alla salute è garantito l'accesso in formato digitale alle banche dati dei contenziosi dei tribunali del territorio di riferimento.

2. 14. Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:

ART. 2-bis.

1. Per consentire la valutazione dei rischi, prevenire la reiterazione degli eventi avversi e garantire idonea copertura assicurativa o altra analoga misura di cui al decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2015, n. 114, le strutture sanitarie organizzano al loro interno un servizio di monitoraggio, prevenzione, gestione dei rischi ed eventi avversi e forniscono ogni semestre alle Regioni i dati periodicamente rilevati al fine della trasmissione di sintesi all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità di cui all'articolo 3 della presente legge.

2. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « Le dichiarazioni potenzialmente autoindizianti rese dai professionisti medici e/o sanitari nel corso degli *audit* di monitoraggio/gestione del rischio clinico non possono essere fatte valere in sede processuale penale ».

2. 01. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

A.C. 259-A – Articolo 3

ARTICOLO 3 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 3.

(Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità).

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto

del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e individua idonee misure anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche, di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del 12 gennaio 2010.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 3 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 3.

(Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità).

Sostituirlo con il seguente:

ART. 3.

(Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità).

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Mini-

stro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. L'Osservatorio acquisisce digitalmente dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui all'articolo 2 della presente legge i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso. L'Osservatorio, sulla base dei dati acquisiti, promuove le buone pratiche clinico assistenziali e le raccomandazioni *evidence based* per la pratica clinica secondo le regole definite dal sistema nazionale per le linee guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità nonché percorsi per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette con cadenza annuale al Parlamento la relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali in data 11 dicembre 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 12 gennaio 2010, n. 8.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Al comma 2, sostituire le parole: agli errori sanitari con le seguenti: ai rischi ed eventi avversi trasmessi dalle unità aziendali di gestione del rischio clinico.

3. 1. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

Al comma 2, dopo le parole: errori sanitari aggiungere la seguente: accertati.

3. 2. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 2, sostituire le parole da: e individua fino alla fine del comma, con le seguenti: . L'Osservatorio, sulla base dei dati acquisiti, promuove le buone pratiche clinico assistenziali e le raccomandazioni evidence based per la pratica clinica secondo le regole definite dal sistema nazionale per le linee guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità, nonché percorsi per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. 3. Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 2, dopo le parole: e la gestione del rischio sanitario, aggiungere le seguenti: , sulla metodologia da seguire relativamente all'accertamento, rilevazione, raccolta dei dati sugli eventi avversi, e relativamente all'indicazione delle cause che hanno portato all'evento avverso,

3. 4. Nicchi, Gregori, Fratoianni.

Al comma 4, dopo le parole: si avvale aggiungere la seguente: anche.

3. 5. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

(Approvato)

A.C. 259-A – Articolo 4

ARTICOLO 4 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 4.

(Trasparenza dei dati).

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del

codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. Entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisce la documentazione clinica relativa al paziente.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 4 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 4.

(Trasparenza dei dati).

Sostituirlo con il seguente:

ART. 4.

(Trasparenza dei dati).

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private o in regime convenzionale sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. Entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisce telematicamente o in formato digitale la documentazione clinica relativa al paziente.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, me-

dianete pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Al comma 1, dopo le parole: pubbliche e private aggiungere le seguenti: o in regime convenzionale.

- 4. 1.** Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 2, aggiungere, in fine, le parole: preferibilmente in formato elettronico.

- 4. 4.** Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

(Approvato)

Al comma 3, dopo le parole: proprio sito internet, aggiungere le seguenti: nel rispetto del diritto alla privacy.

- 4. 5.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 3, dopo le parole: nel proprio sito internet, aggiungere le seguenti: le linee guida adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, nonché.

- 4. 6.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

A.C. 259-A – Articolo 5

ARTICOLO 5 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 5.

(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie

con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in apposito elenco istituito con il medesimo decreto, da emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le linee guida sono pubblicate contestualmente, per i singoli settori di specializzazione, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, dal Ministro della salute, secondo modalità stabilite nel medesimo decreto, e sono periodicamente aggiornate.

2. L'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, continua ad applicarsi sino alla pubblicazione delle linee guida di cui al comma 1 e per i settori per i quali non esistono linee guida pubblicate ai sensi del medesimo comma 1.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 5 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 5.

(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).

Sopprimerlo.

- 5. 1.** Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 5.

(Obbligo di informazione e consenso informato).

1. Il medico deve informare il paziente, in modo completo e comprensibile, sulla

diagnosi, sulla prognosi, sullo scopo e sulla natura del trattamento sanitario proposto, sulla sua portata ed estensione, sui rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche, sui risultati conseguibili, sugli eventuali effetti collaterali, sulla possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi o trattamenti sanitari e sui relativi rischi nonché sulle conseguenze del rifiuto al trattamento sanitario.

2. Le prestazioni sanitarie devono essere erogate con il consenso informato, scritto, esplicito ed attuale del paziente, salvo i casi stabiliti dalla legge.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Al comma 1, premettere il seguente:

01. Entro sei mesi dalla data di approvazione della presente legge, è costituito con decreto del Ministro della salute, l'Organismo Indipendente Nazionale (O.I.N.), per la verifica ed approvazione delle linee guida proposte dalle società scientifiche, anche al fine di escludere eventuali conflitti di interesse. L'organismo è formato da 32 rappresentanti, dei quali 24 medici nominati dalla FNOM e dai collegi ed ordini delle professioni sanitarie. Il Presidente, il Consiglio direttivo di 6 membri, dei quali 5 medici, e l'assemblea ne costituiscono gli organismi. Il Presidente ed il Consiglio direttivo sono eletti dall'assemblea.

Conseguentemente, al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: Le linee guida *aggiungere le seguenti:* , dopo approvazione dell'O.I.N.,.

5. 2. Vargiu, Matarrese.

Al comma 1, primo periodo, dopo la parola: terapeutiche *aggiungere la seguente:* , palliative.

5. 3. Lenzi, Carnevali, Miotto, Amoddio.

(Approvato)

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: caso concreto *aggiungere le seguenti:* , che devono essere motivate e registrate nella cartella clinica del paziente.

5. 5. Binetti.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: alle buone pratiche *fino alla fine del periodo, con le seguenti:* alle raccomandazioni previste dalle linee guida indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in apposito elenco istituito con il medesimo decreto, da emanarsi entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, nonché alle buone pratiche clinico-assistenziali.

5. 6. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: clinico-assistenziali *fino alla fine del periodo, con le seguenti:* accreditate dalla comunità scientifica, anche internazionale.

5. 7. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: clinico-assistenziali *con la seguente:* cliniche.

Conseguentemente:

alla rubrica, sostituire le parole: clinico-assistenziali *con la seguente:* cliniche;

all'articolo 6, comma 1, capoverso « ART. 590-ter », secondo comma, sostituire le parole: clinico-assistenziali *con la seguente:* cliniche.

5. 28. Colletti, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: e alle raccomandazioni *fino alla fine dell'articolo con le seguenti:* basate sulle migliori evidenze scientifiche o alle raccomandazioni previste dalle linee guida indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in apposito elenco istituito con il medesimo decreto, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le linee guida sono pubblicate dal Ministro della salute, secondo modalità stabilite nel medesimo decreto, e sono periodicamente aggiornate.

Conseguentemente, all'articolo 6, comma 1, capoverso «ART. 590-ter», secondo comma, sostituire le parole: e le raccomandazioni *con le seguenti:* o le raccomandazioni.

5. 8. Capone, Lenzi, Miotto.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: indicate *fino alla fine dell'articolo con le seguenti:* elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Ai fini della presente legge, le linee guida vengono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate sul sito dell'Istituto superiore di sanità.

5. 8. (Testo modificato nel corso della seduta) Capone, Lenzi, Miotto.

(Approvato)

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: e alle raccomandazioni *con le seguenti:* o alle raccomandazioni.

Conseguentemente, all'articolo 6, comma 1, capoverso «ART. 590-ter», secondo comma, sostituire le parole: e le raccomandazioni *con le seguenti:* o le raccomandazioni.

5. 9. Monchiero.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: alle raccomandazioni *fino alla fine del comma con le seguenti:* *evidence based* per la pratica clinica secondo regole definite dal sistema nazionale per le linee guida (SNLG) dell'Istituto superiore di sanità.

Conseguentemente, sostituire il comma 2 con il seguente:

2. All'articolo 3 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

5. 10. Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: alle raccomandazioni *fino alla fine del periodo con le seguenti:* alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, anche internazionale.

5. 11. Colletti, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, primo periodo, sopprimere le parole da: indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca *fino alla fine del comma.*

5. 12. Colletti, Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministero della salute e iscritti in apposito elenco istituito con il medesimo decreto *con le seguenti:* adottate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca iscritti in apposito elenco, istituito con decreto del Ministero della salute e periodicamente aggiornato.

5. 13. Amato.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: dalle società scientifiche fino alla fine del comma con le seguenti: come previste nel programma nazionale per le linee guida (PNLG). Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute provvede con decreto al rinnovo del Comitato strategico del sistema nazionale delle linee guida istituito con decreto ministeriale della salute del 30 giugno 2004.

5. 14. Lenzi, Carnevali, Miotto.

Al comma 1, periodo primo, dopo le parole: società scientifiche aggiungere le seguenti: nazionali ed internazionali.

5. 15. Calabrò, Binetti.

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: Ministro della salute aggiungere le seguenti: , sentito l'Istituto superiore di sanità,

5. 16. Calabrò, Binetti.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: entro un anno con le seguenti: entro 90 giorni.

5. 17. Miotto.

Al comma 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: Le linee guida sono redatte e aggiornate con la collaborazione di rappresentanti esperti delle diverse discipline e professioni sanitarie e basate su trials clinici rigorosi.

5. 18. Nicchi, Gregori.

Al comma 1, sopprimere il secondo periodo.

5. 19. Colletti, Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Al comma 1, secondo periodo, sopprimere la parola: contestualmente.

5. 20. Miotto.

Al comma 1, secondo periodo, sopprimere le parole: entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. 21. Miotto.

Sopprimere il comma 2.

5. 24. Colletti, Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Sostituire il comma 2 con il seguente:

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, i commi 1 e 3 sono abrogati.

5. 25. Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sostituire il comma 2 con il seguente:

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

Conseguentemente, sostituire l'articolo 6 con il seguente:

ART. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente: « ART. 590-ter. — (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). — L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività,

cagiona la morte o la lesione personale della persona assistita, non è punibile per colpa lieve.»

5. 23. Colletti, Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Sostituire il comma 2 con il seguente:

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

5. 26. Colletti, Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

3. Al comma 539 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, lettera a), il secondo periodo è sostituito dal seguente:

«I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico non possono costituire elemento di prova in nessun giudizio instaurato dinanzi all'autorità giudiziaria di ogni ordine e grado, con la sola eccezione delle attività svolte in occasione del verificarsi di un evento avverso, nel qual caso si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271.»

5. 27. Monchiero.

A.C. 259-A – Articolo 6

ARTICOLO 6 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente:

« Art. 590-ter. – *(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito*

sanitario). – L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge. ».

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 6 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

Sopprimerlo.

*** 6. 1.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Sopprimerlo.

*** 6. 2.** Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente:

« Art. 590-ter – *(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito*

sanitario). — L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona la morte o la lesione personale della persona assistita, non è punibile per colpa lieve. ».

2. L'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è soppresso.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », primo comma, sopprimere le parole: a causa di imperizia.

6. 3. Monchiero.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », primo comma, sostituire la parola: imperizia con le seguenti: imprudenza o negligenza.

6. 4. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », primo comma, sostituire la parola: imperizia con le seguenti: imprudenza, imperizia o negligenza.

6. 5. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », primo comma, sostituire le parole: risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave con le seguenti: non è punibile in caso di colpa lieve.

6. 6. Colletti, Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Lorefice.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », primo comma, sostituire le parole: risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave con le seguenti: non risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa lieve.

6. 7. Nicchi, Gregori.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », primo comma dopo le parole: solo in caso di colpa grave aggiungere le seguenti: se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà.

6. 8. Nicchi, Gregori.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter. », primo comma, dopo le parole: solo in caso di colpa grave aggiungere le seguenti: se, valutate le specificità del caso, la prestazione non presenta la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà.

6. 9. Nicchi, Gregori.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter. », dopo il primo comma, aggiungere il seguente:

« L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di negligenza o imprudenza la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 anche in caso di colpa lieve. »

6. 10. Nicchi, Gregori.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », sopprimere il secondo comma.

*** 6. 11.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », sopprimere il secondo comma.

*** 6. 12.** Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Lorefice, Mantero.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », sopprimere il secondo comma.

*** 6. 13.** Nicchi, Gregori, Sannicandro.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter. », secondo comma, sostituire le parole: salve le rilevanti specificità del caso concreto, con le seguenti: la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà e.

6. 14. Nicchi, Gregori.

Al comma 1, capoverso « ART. 590-ter », secondo comma, sostituire le parole: le rilevanti specificità con le seguenti: le specificità.

6. 15. Nicchi, Gregori.

Dopo l'articolo 6 aggiungere il seguente:

ART. 6-bis.

(Disposizioni processuali penali).

1. Per i reati di lesioni di cui all'articolo 590 e seguenti del codice penale, di omicidio colposo di cui all'articolo 589 e seguenti del codice penale, e per ogni altra ipotesi criminosa collegata a responsabilità professionale medico-sanitaria si procede mediante giudizio abbreviato ai sensi dell'articolo 438 e seguenti del codice di procedura penale.

2. Nel caso di responsabilità civile derivante da colpa professionale medico-sanitaria, l'assicuratore del professionista può essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato.

6. 01. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

A.C. 259-A – Articolo 7

ARTICOLO 7 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 7.

(Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria).

1. La struttura sanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della pro-

pria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 7 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 7.

(Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria).

Sopprimerlo.

7. 1. Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 7.

(Contratto di assistenza sanitaria e responsabilità medica).

1. La struttura sanitaria e l'esercente la professione sanitaria rispondono delle loro obbligazioni nei confronti del paziente ai sensi degli articoli 1218, 1223 e 1228 del codice civile.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Sostituirlo con il seguente:

ART. 7.

1. Il giudice nella determinazione del risarcimento del danno derivante da esercizio della professione sanitaria si avvale sia nei confronti dell'esercente la professione, sia nei confronti della struttura in cui esso opera, dei criteri di cui all'articolo 2043 del codice civile.

7. 2. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Sostituire il comma 1 con il seguente:

1. Le strutture sanitarie pubbliche e private rispondono, nei confronti del paziente, ai sensi degli articoli 1218, 1223 e 1228 del codice civile. Esse rispondono per i danni alle persone o alle cose anche derivanti dall'inadeguata organizzazione, dalle carenze o dalle inefficienze delle dotazioni o delle attrezzature delle stesse strutture sanitarie.

7. 3. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Sostituire il comma 1 con il seguente:

1. Le strutture sanitarie pubbliche e private rispondono, nei confronti del paziente, ai sensi degli articoli 1218, 1223 e 1228 del codice civile.

7. 4. Colletti, Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sostituire le parole: La struttura sanitaria, pubblica o privata, *con le seguenti:* Le strutture sanitarie pubbliche o private.

Conseguentemente, al medesimo comma:

sostituire la parola: avvalga *con la seguente* avvalgano;

sostituire la parola: risponde *con la seguente:* rispondono.

7. 5. Colletti, Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Al comma 1, sostituire le parole: La struttura sanitaria, *con le seguenti:* L'esercente la professione sanitaria e la struttura sanitaria.

Conseguentemente:

al medesimo comma, sostituire la parola: risponde *con la seguente* rispondono;

sopprimere il comma 3.

7. 6. Nicchi, Gregori, Sannicandro, Fraioanni.

Al comma 1, dopo le parole: struttura sanitaria pubblica o privata *aggiungere le seguenti:* o in regime convenzionale.

7. 7. Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Al comma 1, dopo le parole: struttura sanitaria pubblica o privata *aggiungere le seguenti:* e la struttura sociosanitaria.

7. 8. Carnevali.

Al comma 1, dopo le parole: struttura sanitaria *aggiungere le seguenti:* o sociosanitaria.

7. 8. (*Testo modificato nel corso della seduta*) Carnevali.

(Approvato)

Al comma 1, sopprimere le parole: che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la

professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa.

Conseguentemente, al medesimo comma, sopprimere le parole: delle loro condotte dolose o colpose.

7. 9. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sostituire le parole: degli articoli 1218 e 1228 *con le seguenti:* dell'articolo 2043.

7. 10. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciracì, Corsaro, Distaso, La-tronico, Marti, Palese.

Al comma 1, dopo le parole: del codice civile *aggiungere la seguente* anche.

7. 12. Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sopprimere le parole: delle loro condotte dolose o colpose.

7. 11. Colletti, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sostituire le parole: delle loro condotte dolose o colpose *con le seguenti:* per le prestazioni rese esclusivamente presso la propria struttura, fatto salvo l'obbligo di agire in rivalsa in caso di dolo o colpa grave.

7. 13. Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Le strutture sanitarie rispondono per i danni alle persone o alle cose anche derivanti dall'inadeguata orga-

nizzazione, dalle carenze o dalle inefficienze delle dotazioni o delle attrezzature delle stesse strutture sanitarie.

7. 14. Colletti, Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

1-bis Le strutture sanitarie non possono esercitare l'attività se non sono provviste di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi per i danni cagionati dal rispettivo personale sanitario medico e non medico. La copertura assicurativa copre il risarcimento del danno derivato ad un terzo per fatto comunque riconducibile alla responsabilità della struttura sanitaria erogante, nonché il risarcimento del danno o l'indennizzo che spetta allo Stato; all'ente territoriale di riferimento, nonché all'azienda, ente o, struttura accreditata, per il fatto colposo del dipendente o prestatore d'opera che abbia determinato un pregiudizio patrimoniale o di altra natura.

7. 15. Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 2.

* **7. 16.** Colletti, Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 2.

* **7. 17.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 2, sostituire le parole da: in regime *fino alla fine del comma, con le seguenti:* per conto delle aziende pubbliche dai medici di medicina generale 1 e dai pediatri di libera scelta nell'ambito della convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché a quelle effettuate in regime di libera professione intramuraria, o attraverso la telemedicina.

7. 19. Monchiero.

Al comma 2, dopo la parola: intramuraria aggiungere le seguenti: ovvero in regime convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

7. 20. Giuditta Pini, Amoddio, Monchiero.

(Approvato)

Al comma 2 aggiungere, in fine, il seguente periodo: Tutte le valutazioni effettuate attraverso la telemedicina e le prescrizioni che ne potrebbero derivare sono registrate nella cartella clinica del paziente in tempo reale.

7. 21. Binetti.

Sopprimere il comma 3.

7. 22. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 3, sopprimere le parole: di cui ai commi 1 e 2.

7. 24. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 3, sostituire le parole da: di cui ai commi 1 e 2 *fino alla fine del comma con le seguenti:* risponde, nei confronti del paziente, ai sensi degli articoli 1218, 1223 e 1228 del codice civile.

7. 25. Colletti, Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Al comma 3, sostituire le parole: di cui ai commi 1 e 2 *con le seguenti:* inquadrato all'interno di una struttura sanitaria pubblica.

7. 26. Colletti, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 3, aggiungere, in fine, le parole: , fermo restando che è tenuto al risarcimento del danno se non prova che la condotta colposa o dolosa derivi da causa a lui non imputabile.

7. 27. Nicchi, Gregori, Fratoianni.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

4. L'articolo 2947 del codice civile è sostituito da seguente:

« ART. 2947. — (*Prescrizione del diritto al risarcimento del danno*). — Il diritto al risarcimento del danno derivante da fatto illecito si prescrive in cinque anni dal giorno in cui il fatto si è verificato, ad esclusione del danno cagionato dall'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica o privata o in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale ».

7. 29. Nicchi, Gregori, Fratoianni.

Sostituire la rubrica con la seguente: Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria.

7. 30. Capone, Amoddio.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

ART. 7-bis.

(*Prescrizione*).

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 2947, primo comma, del codice civile, il diritto al risarcimento del danno derivante da condotte dolose o colpose di esercenti professioni sanitarie, anche presso strutture sanitarie pubbliche o private, per i quali vige l'obbligo dell'assicurazione, si prescrive in dieci anni dal momento della conoscenza del danno, da intendersi quale presa di conoscenza consapevole delle conseguenze dannose delle prestazioni sanitarie e del loro consolidamento.

7. 01. Nicchi, Gregori, Fratoianni.

A.C. 259-A – Articolo 8**ARTICOLO 8 DEL TESTO UNIFICATO
DELLA COMMISSIONE****ART. 8.***(Tentativo obbligatorio di conciliazione).*

1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-*bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di com-

parizione delle parti; si applicano gli articoli 702-*bis* e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10. In caso di mancata partecipazione, il giudice, con il provvedimento che definisce il giudizio, condanna le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

**PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE AL-
L'ARTICOLO 8 DEL TESTO UNIFICATO****ART. 8.***(Tentativo obbligatorio di conciliazione).**Sopprimerlo.*

- 8. 1.** Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

*Sostituirlo con il seguente:***ART. 8.***(Modifica all'accertamento
tecnico preventivo).*

1. L'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile è sostituito dal seguente:

« ART. 696-*bis*. – (Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite). – L'espletamento di una consulenza tecnica, in via preventiva, può essere richiesto anche al di fuori delle condizioni di cui al primo comma dell'articolo 696, ai fini dell'accertamento della responsabilità e della relativa determinazione dei danni o dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrat-

tuali o da fatto illecito. Il giudice procede a norma del terzo comma del medesimo articolo 696.

Si applicano gli articoli da 191 a 203 in quanto compatibili. Su istanza di parte il giudice può ordinare l'esibizione di prove ai sensi dell'articolo 210.

Su istanza di parte, da depositare entro venti giorni dal deposito della relazione finale di cui all'articolo 195, terzo comma, il giudice fissa l'udienza di comparizione per la discussione sulla relazione stessa.

Il giudice, qualora ne ravvisi la necessità, può disporre la comparizione del consulente per chiarimenti in un'apposita udienza, concedergli un termine per integrare la relazione ovvero applicare l'articolo 196.

In mancanza del deposito dell'istanza di cui al quarto comma, il consulente, dopo il deposito della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti. Se le parti si sono conciliate si forma processo verbale della conciliazione. Il giudice attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale, ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione di ipoteca giudiziale.

Se la conciliazione non riesce, ciascuna parte può chiedere che la relazione depositata dal consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito».

2. Il verbale di conciliazione di cui all'articolo 696-bis, quinto comma, del codice di procedura civile è esente dal pagamento dell'imposta di registro.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Sostituirlo con il seguente:

ART. 8.

1. L'articolo 696-bis del codice di procedura civile è sostituito dal seguente:

«ART. 696-bis. — (Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite). — L'espletamento di una consulenza tecnica, in via preventiva, può essere richiesto anche al di fuori delle condizioni di cui al primo

comma dell'articolo 696, ai fini dell'accertamento della responsabilità e della relativa determinazione dei danni o dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Il giudice procede a norma del terzo comma del medesimo articolo 696.

Si applicano gli articoli da 191 a 203 in quanto compatibili.

Su istanza di parte il giudice può ordinare l'esibizione di prove ai sensi dell'articolo 210.

Su istanza di parte, da depositare entro venti giorni dal deposito della relazione finale di cui all'articolo 195, terzo comma, il giudice fissa l'udienza di comparizione per la discussione sulla relazione stessa.

Il giudice, qualora ne ravvisi la necessità, può disporre la comparizione del consulente per chiarimenti in un'apposita udienza, concedergli un termine per integrare la relazione ovvero applicare l'articolo 196.

In mancanza del deposito dell'istanza di cui al quarto comma, il consulente, dopo il deposito della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti. Se le parti si sono conciliate si forma processo verbale della conciliazione. Il giudice, su istanza di parte, attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale, ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione di ipoteca giudiziale.

Se la conciliazione non riesce, ciascuna parte può chiedere che la relazione depositata dal consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito».

8. 2. Colletti, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 1.

8. 3. Colletti, Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sopprimere le parole: dinanzi al giudice competente.

8. 4. Colletti, Di Vita, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Grillo, Loreface, Mantero.

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: , salvo risoluzione già avvenuta attraverso attività transattiva diretta con la struttura sanitaria pubblica o privata.

8. 5. Vargiu, Matarrese.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il diritto al risarcimento dei danni da attività sanitaria, per i quali vige l'obbligo dell'assicurazione, si prescrive nel termine di dieci anni a decorrere dal momento della conoscenza del danno.

8. 6. Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 2.

8. 7. Colletti, Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Al comma 2, sopprimere il primo periodo.

8. 8. Colletti, Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.

Conseguentemente dopo l'articolo 14 aggiungere il seguente:

« ART. 14-bis. — (Abrogazione di norme).
— 1. All'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, primo periodo, le parole: "da responsabilità medica e sanitaria e" sono soppresse. ».

8. 9. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 2, secondo periodo, sostituire le parole: In tali casi non trova applicazione l' con le seguenti: In alternativa al procedimento di cui all'.

Conseguentemente, al medesimo comma, aggiungere, in fine, le parole: o, in alternativa, assegna alle parti il termine di quindici giorni per il deposito dell'istanza di mediazione presso un organismo accreditato.

8. 10. Colletti, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Grillo, Loreface, Mantero.

Al comma 2, terzo periodo, sostituire le parole: o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza con le seguenti: non oltre la prima udienza, o rilevata d'ufficio dal giudice.

8. 27. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 2, quarto periodo, sopprimere le parole: ovvero che è iniziato ma non si è concluso.

Conseguentemente, al medesimo periodo, sopprimere le parole: ovvero di completamento del procedimento.

8. 11. Colletti, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 3.

8. 12. Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 3, primo periodo, sopprimere la parola: perentorio ovunque ricorra.

8. 13. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 3, primo periodo, sopprimere le parole da: e gli effetti della domanda fino alla fine del comma.

8. 14. Colletti, Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 3, primo periodo, sopprimere le parole: presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1.

8. 15. Colletti, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Grillo, Mantero.

Sopprimere il comma 4.

*** 8. 16.** Colletti, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Grillo, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 4.

*** 8. 17.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Sostituire il comma 4 con il seguente:

4. La mancata partecipazione al procedimento di cui al presente articolo obbliga il giudice a condannare, con il procedimento di merito che definisce il giudizio, alla refusione alla parte istante delle spese relative al contributo unificato, a prescindere dall'esito del giudizio.

8. 18. Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 4, sopprimere il primo periodo.

8. 19. Colletti, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 4, primo periodo, aggiungere, in fine, le parole: , e per tutta la durata del procedimento.

8. 20. Capone.

(Approvato)

Al comma 4, secondo periodo, dopo le parole: mancata partecipazione aggiungere le seguenti: senza giustificato motivo.

8. 21. Colletti, Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 4, secondo periodo, sopprimere le parole: , oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente,.

8. 22. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Dopo il comma 4 aggiungere il seguente:

5. All'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile, primo comma, il terzo periodo è sostituito dal seguente: « Il consulente, dopo aver provveduto al deposito finale della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti ».

8. 23. Colletti, Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Dopo il comma 4 aggiungere il seguente:

5. Nel caso in cui i tentativi di conciliazione falliscano e subentrino oggettive difficoltà al risarcimento del danno al paziente, questi potrà rivolgere le sue legittime richieste al fondo di solidarietà appositamente istituito.

8. 24. Binetti.

A.C. 259-A – Articolo 9

ARTICOLO 9 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 9.

(Azione di rivalsa).

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio di risarcimento del danno, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale, ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dal passaggio in giudicato del titolo sulla base del quale è avvenuto il pagamento ovvero dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale.

3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.

4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.

5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 7 deve essere esercitata dinanzi al giudice ordinario e la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, il professionista, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria privata, la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 9 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 9.

(Azione di rivalsa).

Sostituirlo con il seguente:

ART. 9.

(Azione di rivalsa).

1. L'azione di rivalsa della struttura sanitaria pubblica nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, la struttura sanitaria può esercitare l'azione autonoma di rivalsa nei confronti di quest'ultimo soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale. In ogni caso, l'azione di rivalsa deve essere esercitata, a pena di decadenza, entro due anni dall'avvenuto risarcimento.

3. La struttura sanitaria pubblica esercita azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria nella misura massima di un quinto della retribuzione mensile ovvero sino alla copertura del massimale di polizza dell'assicurazione dell'esercente la professione sanitaria. Per i cinque anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, non può avere assegnazione di incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

4. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dal materiale probatorio acquisito nel giudizio instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria.

5. L'esercizio dell'azione erariale da parte della procura presso la Corte dei conti rende improcedibile la domanda di rivalsa in sede civile della struttura sanitaria pubblica.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Sopprimere il comma 1.

9. 2. Nicchi, Gregori, Sannicandro.

Al comma 1, dopo le parole: l'azione di rivalsa aggiungere le seguenti: da parte della struttura sanitaria pubblica.

9. 3. Colletti, Silvia Giordano, Baroni, Grillo, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sostituire le parole da: nei confronti *fino alla fine del comma, con le seguenti:* della struttura nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave, alle condizioni e con le procedure disciplinate ai commi seguenti. Per le strutture sanitarie pubbliche l'azione di rivalsa può essere esercitata esclusivamente dal legale rappresentante dell'Ente per conto del quale è stata espletata la prestazione sanitaria che ha causato il danno oggetto di risarcimento.

9. 4. Monchiero.

Al comma 1, sostituire la parola: può *con la seguente:* deve.

9. 5. Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: e solo dopo passaggio in giudicato presso la Corte dei Conti.

9. 6. Vargiu, Matarrese.

Al comma 2, sostituire la parola: può *con la seguente:* deve.

9. 7. Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Al comma 2, sopprimere le parole: entro un anno.

Conseguentemente, al medesimo comma, aggiungere, in fine, le parole: dopo un anno dalla pronuncia della Corte dei Conti.

9. 8. Vargiu, Matarrese.

Al comma 2, sostituire le parole: un anno *con le seguenti:* due anni.

* 9. 9. Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 2, sostituire le parole: un anno *con le seguenti:* due anni.

* 9. 10. Nicchi, Gregori, Sannicandro.

Al comma 2, aggiungere, in fine, le parole: se l'esercente la professione sanitaria ha partecipato alle trattative stragiudiziali e consentito all'esito.

Conseguentemente, sopprimere il comma 7.

9. 11. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezone, Chiarelli, Ciracì, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

Sopprimere il comma 3.

9. 12. Vargiu, Matarrese.

Al comma 3, dopo le parole: struttura sanitaria *aggiungere le seguenti:* e sociosanitaria.

9. 13. Carnevali.

Al comma 3, dopo le parole: struttura sanitaria aggiungere le seguenti: o sociosanitaria.

9. 13. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Carnevali.

(Approvato)

Al comma 3, dopo le parole: professione sanitaria aggiungere la seguente: interessato.

9. 14. Colletti, Colonnese, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 4.

*** 9. 15.** Colletti, Mantero, Silvia Giordano, Baroni, Grillo, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Sopprimere il comma 4.

*** 9. 16.** Vargiu, Matarrese.

Al comma 4, aggiungere, in fine, le parole: , qualora l'atto di transazione non sia sottoscritto anche da questi.

9. 17. Nicchi, Gregori.

Al comma 5, primo periodo, dopo la parola: accoglimento aggiungere le seguenti: , anche in via stragiudiziale,.

9. 18. Monchiero.

Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole: e la misura della rivalsa con le seguenti: ed è esclusa la giurisdizione della Corte dei conti. La misura della rivalsa.

9. 100. La Commissione.

(Approvato)

Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole: non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua con le seguenti: avviene mediante trattenute sullo stipendio nella misura massima di un quinto e per un periodo non superiore a cinque anni.

9. 19. Calabrò, Binetti.

Al comma 5, secondo periodo, sostituire la parola: rivalsa con le seguenti: risarcimento del danno, per dolo o colpa grave.

9. 20. Nicchi, Gregori.

Sopprimere il comma 6.

9. 21. Vargiu, Matarrese.

Al comma 6, sostituire le parole: non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua con le seguenti: avviene mediante trattenute sullo stipendio nella misura massima di un quinto e per un periodo non superiore a cinque anni.

9. 22. Calabrò, Binetti.

Sopprimere il comma 7.

9. 23. Vargiu, Matarrese.

Al comma 7, aggiungere, in fine, le parole: e dell'assicurazione.

9. 24. Nicchi, Gregori, Sannicandro.

Al comma 7, aggiungere, in fine, le parole: o dell'impresa di assicurazione.

9. 24. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Nicchi, Gregori, Sannicandro.

(Approvato)

Al comma 7, aggiungere, in fine, le parole: e sociosanitaria.

9. 25. Carnevali.

Al comma 7, aggiungere, in fine, le parole: o sociosanitaria.

9. 25. (Testo modificato nel corso della seduta) Carnevali.

(Approvato)

Dopo il comma 7, aggiungere il seguente:

8. La pendenza dell'azione di rivalsa non costituisce ostacolo all'assegnazione di incarichi professionali superiori, ovvero alla partecipazione a concorsi per l'assegnazione di incarichi professionali superiori.

9. 26. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

A.C. 259-A – Articolo 10

ARTICOLO 10 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 10.

(Obbligo di assicurazione).

1. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una azienda, struttura o ente di cui al comma 1 resta fermo l'obbligo di cui

all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dall'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa di cui all'articolo 9, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in aziende del Servizio sanitario nazionale, in strutture o in enti privati provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di una adeguata polizza di assicurazione.

4. Le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

5. Con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 10 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 10.

(Obbligo di assicurazione).

Sostituirlo con il seguente:

ART. 10.

(Obbligo di assicurazione).

1. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o accreditato con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi, pena l'impossibilità di svolgere la propria attività, devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-*bis*, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina, purché svolte nell'ambito delle strutture sanitarie.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una struttura di cui al comma 1, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera *e*), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dall'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

4. Con decreto da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) è tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

5. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA) nonché le associazioni di tutela dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: prestazioni sanitarie a favore di terzi, aggiungere le seguenti: pena l'impossibilità di svolgere la propria attività

10. 1. Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: analoghe misure aggiungere la seguente: autoassicurative.

10. 2. Vargiu, Sisto, Occhiuto, Matarrese.

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: per danni cagionati aggiungere le seguenti: a terzi per carenze strutturali, organizzative, di presidi, di organico, imputabili alla gestione dell'ente o cagionati.

10. 3. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, La-tronico, Marti, Palese.

Al comma 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: La stipulazione e la vigenza della polizza assicurativa o di altre misure analoghe per la responsabilità civile sono condizione per l'autorizzazione e l'accreditamento.

10. 4. Calabrò, Binetti.

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: purché svolte nell'ambito delle strutture sanitarie.

- 10. 5.** Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Sopprimere il comma 3.

- 10. 8.** Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 3 sopprimere le parole: con oneri a proprio carico.

Conseguentemente, al medesimo comma, aggiungere, in fine, il seguente periodo: La copertura degli oneri relativi alla stipula della citata polizza è stabilita annualmente in via negoziale tra l'azienda pubblica o accreditata dal Servizio sanitario nazionale e gli esercenti delle professioni sanitarie.

- 10. 9.** Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 3, sostituire la parola: adeguata, *con le seguenti:* idonea e congrua.

- 10. 10.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 3, sostituire la parola: adeguata *con la seguente:* idonea.

- 10. 11.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 3, sostituire la parola: adeguata *con la seguente:* congrua.

- 10. 12.** Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 3, aggiungere, in fine, le parole: per colpa grave.

- 10. 13.** Fucci, Altieri, Bianconi, Capezone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

Al comma 3 aggiungere, in fine, il seguente periodo: Le spese sostenute dall'esercente la professione sanitaria per la stipula, con oneri a proprio carico, di una adeguata polizza di assicurazione sono detratte dall'imposta lorda ai sensi dell'articolo 15, comma 1, lettera f), del Testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

- 10. 14.** Fucci, Altieri, Bianconi, Capezone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

Al comma 5, aggiungere, in fine, le parole: nonché il contenuto delle clausole di base delle predette polizze sanitarie.

- 10. 16.** Colletti, Silvia Giordano, Baroni, Grillo, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 5, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Sono altresì individuate le opportune modalità di vigilanza e controllo nei confronti delle compagnie assicuratrici estere operanti in Italia non soggette al controllo dell'IVASS.

- 10. 17.** Nicchi, Gregori, Fratoianni.

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

5-bis. Il contratto di assicurazione è stipulato con imprese di comprovata esperienza nel ramo assicurativo e solidità finanziaria certificata, e autorizzate all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi, con massimali adeguati a garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile delle strutture sanitarie e del personale sanitario di cui alla presente legge.

- 10. 18.** Nicchi, Gregori, Fratoianni, Sannicandro.

Al comma 6, sopprimere le parole: la Federazione nazionale degli ordini dei me-

dici chirurghi e: degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché.

10. 19. Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 6, aggiungere, in fine, le parole: anche con riferimento alle tipologie delle strutture sanitarie, e del *risk management* operante nelle diverse strutture.

10. 20. Nicchi, Gregori, Fratoianni.

Al comma 6, aggiungere, in fine, le parole: e per gli esercenti le professioni sanitarie.

10. 21. Monchiero.

(Approvato)

Al comma 6, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione.

10. 22. Capone.

Al comma 6, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione.

10. 22. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Capone.

(Approvato)

Dopo il comma 6 aggiungere il seguente:

7. Le convenzioni collettive di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, devono tenere conto dei seguenti criteri:

a) obbligo delle compagnie di assicurare il professionista richiedente;

b) possibilità per le compagnie di effettuare la disdetta della polizza o di incrementare il premio solo a seguito dell'accertamento effettivo della responsabilità professionale;

c) divieto di applicazione di clausole unilaterali o vessatorie.

10. 7. Binetti.

Dopo l'articolo 10 aggiungere il seguente:

10-bis. La garanzia assicurativa è estesa anche agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo. Le compagnie di assicurazione possono estendere l'operatività della garanzia assicurativa anche ad eventi accaduti nei cinque anni antecedenti alla conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati alla compagnia durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

10. 01. Calabrò, Binetti.

(Approvato)

A.C. 259-A – Articolo 11**ARTICOLO 11 DEL TESTO UNIFICATO
DELLA COMMISSIONE****ART. 11.**

(Azione diretta del soggetto danneggiato).

1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa all'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.

2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno.

3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'azienda, struttura o ente a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'azienda, la struttura o l'ente medesimo; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione ha diritto di accesso alla documentazione della struttura sanitaria relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato.

6. Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al

comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie.

**PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE AL-
L'ARTICOLO 11 DEL TESTO UNIFICATO****ART. 11.**

(Azione diretta del danneggiato).

Sostituirlo con il seguente:

ART. 11.

(Azione diretta del danneggiato).

1. Colui che ha subito danni derivanti da responsabilità medico-sanitaria, per i quali vige l'obbligo di assicurazione, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

2. Per l'intero massimale di polizza l'impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto, né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno. L'impresa di assicurazione ha tuttavia diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione.

3. L'azione diretta che spetta al danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione cui sarebbe soggetta l'azione verso il responsabile.

4. Il responsabile civile è tenuto ad informare il danneggiato relativamente agli estremi del proprio contratto di assicurazione vigente all'anno del sinistro.

5. L'assicuratore che riceve richiesta di risarcimento dal danneggiato, entro novanta giorni dalla richiesta, deve comunicare la somma offerta ovvero indicare i motivi per i quali non ritiene di fare

alcuna offerta. L'assicuratore può altresì richiedere gli accertamenti, i controlli e le verifiche che si rendano necessari.

6. Fermo restando quanto previsto per l'accesso ai singoli dati personali dal Codice in materia di protezione dei dati personali, le imprese di assicurazione esercenti l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante da responsabilità civile medico-sanitaria sono tenute a consentire ai contraenti ed ai danneggiati il diritto di accesso agli atti a conclusione dei procedimenti di valutazione, constatazione e liquidazione dei danni che li riguardano. Se, entro sessanta giorni dalla richiesta scritta, l'assicurato o il danneggiato non è messo in condizione di prendere visione degli atti richiesti ed estrarne copia a sue spese, può inoltrare reclamo all'IVASS anche al fine di veder garantito il proprio diritto.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Sostituirlo con il seguente:

ART. 11.

(Azione diretta del soggetto danneggiato).

1. Colui che ha subito danni derivanti da responsabilità medico-sanitaria, per i quali vige l'obbligo di assicurazione, ha azione diretta, nelle forme e nei limiti dell'articolo 8 della presente legge, per il risarcimento del danno nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

2. Per l'intero massimale di polizza l'impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto, né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno. L'impresa di assicurazione ha tuttavia diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione.

3. L'azione diretta che spetta al danneggiato nei confronti dell'impresa di as-

sicurazione è soggetta al termine di prescrizione cui sarebbe soggetta l'azione verso il responsabile.

4. Il responsabile civile è tenuto ad informare il danneggiato relativamente agli estremi del proprio contratto di assicurazione vigente all'anno del sinistro.

5. L'assicuratore che riceve richiesta di risarcimento dal danneggiato, entro novanta giorni dalla richiesta, deve comunicare la somma offerta ovvero indicare i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna offerta. L'assicuratore può altresì richiedere gli accertamenti, i controlli e le verifiche che si rendano necessari.

6. Fermo restando quanto previsto per l'accesso ai singoli dati personali dal Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, le imprese di assicurazione esercenti l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante da responsabilità civile medico-sanitaria sono tenute a consentire ai contraenti ed ai danneggiati il diritto di accesso agli atti a conclusione dei procedimenti di valutazione, constatazione e liquidazione dei danni che li riguardano. Se, entro sessanta giorni dalla richiesta scritta, l'assicurato o il danneggiato non è messo in condizione di prendere visione degli atti richiesti ed estrarne copia a sue spese, può inoltrare reclamo all'IVASS anche al fine di veder garantito il proprio diritto.

11. 1. Colletti, Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 11.

(Azione diretta del soggetto danneggiato).

1. In alternativa al procedimento di cui all'articolo 8 della presente legge, colui che ha subito danni derivanti da responsabilità medico-sanitaria, per i quali vige l'obbligo di assicurazione, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile

civile, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

2. Per l'intero massimale di polizza l'impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto, né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno. L'impresa di assicurazione ha tuttavia diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione.

3. L'azione diretta che spetta al danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione cui sarebbe soggetta l'azione verso il responsabile.

4. Il responsabile civile è tenuto ad informare il danneggiato relativamente agli estremi del proprio contratto di assicurazione vigente all'anno del sinistro.

5. L'assicuratore che riceve richiesta di risarcimento dal danneggiato, entro novanta giorni dalla richiesta, deve comunicare la somma offerta ovvero indicare i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna offerta. L'assicuratore può altresì richiedere gli accertamenti, i controlli e le verifiche che si rendano necessari.

6. Fermo restando quanto previsto per l'accesso ai singoli dati personali dal Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, le imprese di assicurazione esercenti l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante da responsabilità civile medico-sanitaria sono tenute a consentire ai contraenti ed ai danneggiati il diritto di accesso agli atti a conclusione dei procedimenti di valutazione, constatazione e liquidazione dei danni che li riguardano. Se, entro sessanta giorni dalla richiesta scritta, l'assicurato o il danneggiato non è messo in condizione di prendere visione degli atti richiesti ed estrarne copia a sue spese, può inoltrare reclamo all'IVASS anche al fine di veder garantito il proprio diritto.

11. 2. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 1, dopo le parole: agire direttamente, aggiungere le seguenti: ove occorra.

11. 3. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: In caso di copertura autoassicurativa, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente contro le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie.

11. 4. Vargiu, Matarrese.

Al comma 2, sostituire le parole da: né clausole fino alla fine del comma con le seguenti: diverse da quelle stabilite dal decreto che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie di cui al precedente articolo 10, comma 6.

11. 5. Lodolini.

(Approvato)

Sopprimere il comma 3.

11. 7. Vargiu, Matarrese.

Al comma 3, sopprimere le parole: o di ridurre.

11. 6. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, La-tronico, Marti, Palese.

Al comma 4, sopprimere il primo periodo.

11. 8. Colletti, Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 4, sopprimere il secondo periodo.

11. 9. Vargiu, Matarrese.

Al comma 5, sostituire le parole: o l'ente assicurato con le seguenti: , l'ente assicurato o l'esercente la professione sanitaria.

11. 10. Colletti, Silvia Giordano, Grillo, Baroni, Colonnese, Di Vita, Lorefice, Mantero.

(Approvato)

Al comma 6, aggiungere, in fine, le parole: e per gli esercenti le professioni sanitarie.

11. 11. Monchiero.

(Approvato)

A.C. 259-A – Articolo 12

ARTICOLO 12 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 12.

(Obbligo di comunicazione al professionista del giudizio basato sulla sua responsabilità).

1. Le strutture sanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 12 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 12.

(Obbligo di comunicazione al professionista del giudizio basato sulla sua responsabilità).

Sopprimerlo.

12. 1. Colletti.

Al comma 1, aggiungere in fine i seguenti periodi: Le strutture sanitarie comunicano all'esercente la professione sanitaria l'avvio di trattative stragiudiziali con il paziente, con invito a prenderne parte. L'omissione o l'incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa.

12. 2. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciracì, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

A.C. 259-A – Articolo 13

ARTICOLO 13 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 13.

(Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria).

1. Con regolamento emanato con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, è istituito il Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

2. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1, istituito presso la Concessionaria servizi

assicurativi pubblici S.p.A. (CONSAP), risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

a) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria;

b) qualora la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 provvede al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso.

4. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria sono tenute a versare annualmente alla gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1 presso la CONSAP, con le modalità stabilite dal decreto di cui al medesimo comma 1, un contributo da determinare in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni.

5. La misura del contributo di cui al comma 4 è determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento da adottare secondo la procedura di cui al comma 1.

6. Per la determinazione del contributo di cui al comma 4, la CONSAP trasmette ogni anno al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 1.

7. Con il regolamento di cui al comma 1 sono disciplinati, altresì, il funzionamento, le modalità di intervento ed il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

8. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati per la prima volta dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 13 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 13.

(Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria).

Sopprimerlo.

13. 1. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciracì, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 13.

(Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria).

1. Con regolamento del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e le rappresentanze delle imprese assicuratrici, previo parere delle competenti commissioni parlamentari è istituito il Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

2. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1, costituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici S.p.A. (CONSAP), risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; b) la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sa-

nitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 provvede al risarcimento del danno per una somma pari all'importo eccedente i massimali previsti dai contratti stipulati, fatto salvo il caso di cui alla lettera *b*), comma 2 del presente articolo nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso.

4. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria sono tenute a versare annualmente alla CONSAP – gestione autonoma del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria, con le modalità stabilite dal decreto di cui al comma 1, un contributo da determinarsi in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni.

5. La misura del contributo è determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento da adottare secondo la procedura di cui al comma 1.

6. Per la determinazione del contributo di cui al precedente comma la CONSAP – gestione autonoma del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria, è tenuta a trasmettere ogni anno al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 1.

7. Con il regolamento di cui al comma 1 sono disciplinati, altresì, il funzionamento, le modalità di intervento i massimali da prevedere nei contratti da stipulare in relazione a tabelle di invalidità percentuale e di indennizzo ed il regresso del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria nei confronti del responsabile del sinistro.

8. La Consap invia una relazione annuale alle competenti commissioni parlamentari sullo stato di attuazione di quanto previsto dal presente articolo in particolare sulle risorse disponibili del Fondo di cui al comma 1 e sul numero e gli importi

dei risarcimenti del danno erogati in relazione ai casi di cui alle lettere *a*) e *b*) del comma 2 del presente articolo, l'elenco delle imprese assicuratrici che hanno contribuito al Fondo e gli importi versati.

9. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati per la prima volta dopo l'entrata in vigore della presente legge.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Al comma 1 sostituire le parole: di Trento e di Bolzano, e con le seguenti: di Trento e di Bolzano, sentite.

13. 4. Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 1, dopo le parole: delle imprese di assicurazione aggiungere le seguenti: previo parere delle competenti commissioni parlamentari.

13. 5. Colonnese, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sostituire le parole: Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria con le seguenti: Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria.

Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria.

13. 2. Capone.

(Approvato)

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il decreto di cui all'articolo 10, comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato annualmente in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera *a*) del successivo comma 2.*

13. 6. Lodolini.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il decreto di cui all'articolo 10, comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera a) del successivo comma 2.

13. 6. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Lodolini.

(Approvato)

Al comma 2, lettera b), aggiungere, in fine, le parole: ovvero in tutti gli altri casi in cui la struttura sanitaria si trovi a non poter risarcire il danno.

13. 7. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. Ove sia esclusa la responsabilità della struttura sanitaria e del personale esercente le professioni sanitarie, il Fondo indennizza le vittime di infezioni nosocomiali.

13. 8. Binetti.

Sopprimere il comma 3.

13. 9. Colletti, Di Vita, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

Al comma 3 dopo le parole: provvede al risarcimento del danno *aggiungere le seguenti:* per una somma pari all'importo eccedente i massimali previsti dai contratti stipulati, fatto salvo il caso di cui alla lettera b) del comma 2 del presente articolo.

13. 10. Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Al comma 7 dopo le parole: modalità di intervento *aggiungere le seguenti:* , i massimali da prevedere nei contratti da sti-

pulare in relazione a tabelle di invalidità percentuale e di indennizzo.

13. 13. Loreface, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Al comma 7, sopprimere le parole: ed il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

13. 12. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti, Palese.

Dopo il comma 8 aggiungere il seguente:

9. La Consap invia una relazione annuale alle competenti commissioni parlamentari sullo stato di attuazione di quanto previsto dal presente articolo in particolare sulle risorse disponibili del Fondo di cui al comma 1 e sul numero e gli importi dei risarcimenti del danno erogati in relazione ai casi di cui alle lettere a) e b) del comma 2 del presente articolo, l'elenco delle imprese assicuratrici che hanno contribuito al Fondo e gli importi versati.

13. 14. Mantero, Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface.

A.C. 259-A – Articolo 14

ARTICOLO 14 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 14.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria).

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista che abbia specifica e pratica conoscenza nella disciplina interessata nel procedimento.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attua-

zione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, una idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 14 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 14.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria).

Sostituirlo con il seguente:

ART. 14.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria. Cause di astensione).

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione

di problemi di particolare complessità e che riguardano materie di differenti specializzazioni medico-cliniche, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista, senza maggiori oneri per le parti o per lo Stato.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina.

3. Gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, e gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, devono essere aggiornati con cadenza almeno biennale.

(Testo alternativo del relatore di minoranza, Colletti)

Al comma 1, sostituire le parole: tecnici complessi con le seguenti: di speciale difficoltà.

14. 6. Colletti, Loreface, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero, Silvia Giordano.

Al comma 1, sostituire la parola: complessi con le seguenti: inerenti specifiche discipline.

14. 7. Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, La-tronico, Marti, Palese.

Al comma 1, dopo la parola: complessi aggiungere le seguenti: e che riguardano materie di differenti specializzazioni medico-cliniche.

14. 5. Grillo, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 1, sostituire le parole: medico legale con le seguenti: medico specializzato in medicina legale.

14. 1. Capone, Miotto.

(Approvato)

Al comma 1, sostituire le parole: uno specialista che abbia con le seguenti: uno o più specialisti che abbiano.

14. 3. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Al comma 1, sostituire le parole da: uno specialista fino alla fine del comma con le seguenti: uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento.

14. 3. (Testo modificato nel corso della seduta) Sisto, Occhiuto, Nizzi.

(Approvato)

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: avendo cura che i soggetti nominati non siano in posizione di conflitto di interesse nello specifico procedimento o in altri connessi.

14. 10. Binetti, Miotto, Marazziti.

(Approvato)

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: senza maggiori oneri per le parti ovvero per lo Stato.

14. 4. Colletti, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero, Silvia Giordano.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: L'autorità giudiziaria è comunque tenuta a scegliere i consulenti tecnici d'ufficio, sia medici legali che spe-

cialisti, in ambiti territoriali regionali diversi rispetto alla regione di appartenenza dell'Ente sanitario e del personale sanitario convenuti in giudizio.

14. 8. Nicchi, Gregori, Fratoianni.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: In sede di affidamento l'Autorità seleziona lo specialista le cui competenze sono maggiormente idonee alla valutazione del danno.

14. 9. Binetti.

Al comma 3, sostituire la parola: quinquennale con la seguente: biennale.

14. 12. Baroni, Grillo, Silvia Giordano, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Al comma 3 aggiungere, in fine, il seguente periodo: I consulenti tecnici d'ufficio, i consulenti tecnici di parte e i periti nei giudizi di responsabilità sanitaria sono inseriti in albi separati per evitare situazioni in cui si crei un vero e proprio conflitto d'interesse.

14. 13. Binetti.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

4. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari ».

14. 14. Capone.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

4. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « I verbali e gli atti conseguenti all'attività di

gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari ».

14. 14. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Capone.

(Approvato)

Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:

4. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: « ovvero » fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: « , in medicina legale ovvero da personale medico o sanitario con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore ».

14. 15. Carnevali.

Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:

4. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: « ovvero » fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: « , in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore ».

14. 15. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Carnevali.

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:

4. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: « ovvero » fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: « , in medicina legale ovvero da personale non medico che opera in ambito sanitario con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore ».

14. 16. Carnevali.

Alla rubrica sopprimere le parole: , dei consulenti tecnici di parte.

14. 17. Colletti, Loreface, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Mantero.

Alla rubrica sostituire la parola: sanitaria con la seguente: medico-sanitaria.

14. 18. Colletti, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

ART. 14-bis.

(Norme sul consulente tecnico d'ufficio).

1. Al primo comma dell'articolo 192 del codice di procedura civile, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « e con l'avvertimento che costituisce causa di astensione o di riconsulenza l'aver, negli ultimi cinque anni, intrattenuto rapporti personali o professionali continuativi con taluna delle parti o con soggetti a essi riferibili. Di tali circostanze il consulente deve darne conoscenza alle parti e al giudice a mezzo di posta elettronica certificata e con dichiarazione depositata in cancelleria almeno tre giorni prima dell'udienza di comparizione. Il consulente, nominato nelle cause di responsabilità medico-sanitaria, deve altresì dichiarare se sussiste rapporto di collaborazione e/o consulenza continuata con compagnie di assicurazione ovvero con una delle parti ».

2. All'articolo 193 del codice di procedura civile è aggiunto alla fine il seguente periodo: « L'adempimento della funzione comporta il divieto per il consulente di assumere incarichi professionali per conto di alcuna delle parti nei 12 mesi successivi al giuramento ».

3. All'articolo 193 del codice di procedura civile, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« Il consulente deve dare inizio alle operazioni peritali non prima di sette giorni e, comunque, non oltre trenta giorni dalla data dell'udienza in cui ha prestato il giuramento ».

4. All'articolo 195 del codice di procedura civile sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo comma è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « La relazione deve essere depositata in cancelleria entro il termine fissato dal giudice, che non può essere superiore, salvo casi di speciali difficoltà nell'esecuzione delle operazioni peritali, a novanta giorni »;

b) il terzo comma è sostituito dai seguenti:

« Le parti possono formulare proprie osservazioni alla relazione con atto da depositare in cancelleria non oltre trenta giorni dal deposito della relazione. Nei successivi trenta giorni il consulente deposita un supplemento di relazione in risposta alle osservazioni formulate dalle parti. Ai fini del decorso dei predetti termini, la cancelleria comunica ai soggetti interessati l'avvenuto deposito il giorno stesso in cui viene effettuato.

Il termine per il deposito della relazione può essere prorogato dal giudice su istanza del consulente motivata da comprovate e gravi esigenze. Il giudice provvede con ordinanza prorogandolo per un tempo non superiore alla metà di quello fissato ai sensi del secondo comma e dispone obbligatoriamente, tranne nei casi di causa non imputabile al consulente, la riduzione nella misura di un terzo dell'importo pattuito a titolo di compenso del consulente. In caso di mancato deposito della consulenza entro il termine prorogato senza giustificato motivo, il giudice può revocare l'incarico ordinandogli di restituire alle parti l'eventuale somma anticipata a titolo di compenso. Con lo stesso provvedimento che dispone la revoca, il giudice provvede alla nomina di un nuovo consulente.

Se non ritiene di provvedere alla revoca, il giudice concede un'ulteriore proroga per un tempo non superiore alla metà di quello fissato ai sensi del secondo comma e riduce obbligatoriamente il compenso di ulteriori due terzi dell'importo rideterminato ai sensi del quarto comma ».

14. 01. Colletti.

Dopo l'articolo 14 aggiungere il seguente:

ART. 14-bis.

(Norme sul consulente tecnico).

1. Al primo comma dell'articolo 192 del codice di procedura civile, sono aggiunte, in fine, le parole: « e con l'avvertimento che costituisce causa di astensione o di ricsuzione l'avere, negli ultimi cinque anni, intrattenuto rapporti personali o professionali con taluna delle parti o con soggetti a essi riferibili. Di tali circostanze il consulente deve darne conoscenza alle parti e al giudice a mezzo di posta elettronica certificata e con dichiarazione depositata in cancelleria almeno tre giorni prima dell'udienza di comparizione. Il consulente, nominato nelle cause di responsabilità medico-sanitaria, deve altresì dichiarare se sussiste rapporto di collaborazione e/o consulenza continuata con compagnie di assicurazione ».

2. All'articolo 193 del codice di procedura civile è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « L'adempimento della funzione comporta il divieto per il consulente di assumere incarichi professionali per conto di alcuna delle parti nei tre anni successivi al giuramento ».

3. All'articolo 193 del codice di procedura civile, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« Il consulente deve dare inizio alle operazioni peritali non prima di sette giorni e, comunque, non oltre trenta giorni dalla data dell'udienza in cui ha prestato il giuramento ».

4. All'articolo 195 del codice di procedura civile sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo comma è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « La relazione deve essere depositata in cancelleria entro il termine fissato dal giudice; che non può

essere superiore, salvo casi di speciali difficoltà nell'esecuzione delle operazioni peritali, a novanta giorni »;

b) il terzo comma è sostituito dai seguenti:

« Le parti possono formulare proprie osservazioni alla relazione con atto da depositare in cancelleria non oltre trenta giorni dal deposito della relazione. Nei successivi trenta giorni il consulente deposita un supplemento di relazione in risposta alle osservazioni formulate dalle parti. Ai fini del decorso dei predetti termini, la cancelleria comunica ai soggetti interessati l'avvenuto deposito il giorno stesso in cui viene effettuato.

Il termine per il deposito della relazione può essere prorogato dal giudice su istanza del consulente motivata da comprovate e gravi esigenze. Il giudice provvede con ordinanza prorogandolo per un tempo non superiore alla metà di quello fissato ai sensi del secondo comma e dispone obbligatoriamente, tranne nei casi di causa non imputabile al consulente, la riduzione nella misura di un terzo dell'importo pattuito a titolo di compenso del consulente che, comunque, nel suo originario ammontare, non può essere superiore al compenso medio spettante all'avvocato per la fase istruttoria di quel processo. In caso di mancato deposito della consulenza entro il termine prorogato, il giudice può revocare l'incarico ordinandogli di restituire alle parti l'eventuale somma anticipata a titolo di compenso. Con lo stesso provvedimento che dispone la revoca, il giudice provvede alla nomina di un nuovo consulente.

Se non ritiene di provvedere alla revoca, il giudice concede un'ulteriore proroga per un tempo non superiore alla metà di quello fissato ai sensi del secondo comma e riduce obbligatoriamente il compenso di ulteriori due terzi dell'importo rideterminato ai sensi del quarto comma ».

14. 02. Colletti, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Di Vita, Loreface, Mantero.

Dopo l'articolo 14, aggiungere il seguente:

ART. 14-bis.

(Abrogazione di norme).

1. I commi 1 e 3 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sono abrogati.

14. 03. Colletti, Di Vita, Silvia Giordano, Baroni, Colonnese, Loreface, Mantero.

A.C. 259-A – Articolo 15

ARTICOLO 15 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 15.

(Clausola di salvaguardia).

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 15 DEL TESTO UNIFICATO

ART. 15.

(Clausola di salvaguardia).

Al comma 1, sopprimere le parole da: compatibilmente fino alla fine del comma.

15. 1. Sisto, Occhiuto, Nizzi.

Dopo l'articolo 15, aggiungere il seguente:

ART. 15-bis.

(Clausola di invarianza finanziaria).

1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di

cui alla presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

15. 0300. (da votare ai sensi dell'articolo 86, comma 4-bis, del Regolamento).

(Approvato)

A.C. 259-A – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

il diritto alla salute gode di una particolare protezione costituzionale, tanto da essere espressamente riconosciuto come « fondamentale » (articolo 32 Cost.) della Costituzione;

secondo la giurisprudenza della Corte costituzionale, il bene della salute è tutelato « non solo come interesse della collettività ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo » (sentenza n. 356 del 1991), che impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n. 307 e 455 del 1990), in quanto « diritto primario e assoluto » (sentenze n. 202 del 1991, n. 559 del 1987, n. 184 del 1986, n. 88 del 1979);

la riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 – ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni;

con il tempo s'è generato una sorta di federalismo sanitario atipico, costituito con 21 differenti sistemi sanitari, trasformati in altrettanti centri di potere e di spreco, fatta eccezione per alcune regioni virtuose;

è necessario un monitoraggio continuo, attento ed obiettivo sul funzionamento del sistema sanitario;

secondo quanto previsto dal provvedimento in esame, con decreto del Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, verrà istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di assumere le opportune iniziative affinché ogni attività di monitoraggio, a cominciare da quella citata in premessa, sia svolta, in piena autonomia, da personalità di nota indipendenza e di comprovata competenza tecnica e scientifica, individuate preferibilmente nel mondo accademico e della ricerca scientifica.

9/259-A/1. Gregorio Fontana.

La Camera,

premesso che:

le linee guida dovrebbero essere la fonte principale di ispirazione dell'azione dell'esercente la professione sanitaria in quanto fondate sulla migliore letteratura disponibile in un determinato momento storico basata su quella che oggi viene definita l'evidenza scientifica. Si fa' quindi riferimento all'attività clinica;

quanto accennato è una precisazione opportuna in quanto le linee guida assumono, talvolta, caratteristiche organizzative più che cliniche. Cambiano anche le fonti di riferimento: nel caso delle linee guida cliniche sono le migliori riviste scientifiche e le società scientifiche che le pubblicano, nel caso delle linee guida a valenza organizzativa la fonte di riferimento è rappresentata da enti pubblici e sovente vengono pubblicate in *Gazzetta Ufficiale* o nei vari bollettini regionali;

l'articolo 5 disciplina le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida, prevedendo che gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali ed alle raccomandazioni previste dalle linee guida indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in apposito elenco istituito con il medesimo decreto da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della legge,

impegna il Governo

a fare in modo che, in caso di mancanza di emanazione delle linee guida nei tempi previsti, le Regioni possano fare riferimento a proprie linee guida, sancite da organismi scientifici previsti nei rispettivi ordinamenti.

9/259-A/2. Rondini.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 10 pone l'obbligo di assicurazione a carico delle aziende, delle strutture e degli enti che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente (compresi, per analogia con l'articolo 7, in materia di responsabilità civile, coloro che svolgano attività sanitaria in regime intramurario ovvero attraverso la telemedicina);

dalla formulazione della norma si evince che sono comprese anche forme dette di autoassicurazione, l'obbligo di assicurazione è altresì contemplato per i liberi professionisti in ambito sanitario nonché per coloro che operano a qualun-

que titolo presso strutture pubbliche o private, al fine di rendere effettiva l'azione di rivalsa,

impegna il Governo

a prevedere che possano essere considerate valide anche le iniziative di autotutela adottate dalle singole aziende o dai singoli servizi sanitari regionali, se previsti nelle rispettive normative.

9/259-A/3. Allasia, Rondini.

La Camera,

premesso che:

il testo unificato all'esame mira a inserire una maggiore sicurezza nelle cure sanitarie nell'interesse dell'individuo e della collettività;

tuttavia nulla si dice sulle modalità di telemedicina, nonostante la Commissione europea già nel 2009 abbia diffuso il documento COM(2008)689/Final sulla telemedicina « a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari, della società » che ha ottenuto il parere favorevole Comitato economico e sociale europeo (CESE);

la telemedicina, in Italia, continua a rimanere una cosa di nicchia, inserita in progetti frammentati, sperimentali, limitati ad aree circoscritte e non integrati compiutamente nel sistema sanitario, di durata incerta, demandati alle regioni virtuose, ma si è ancora molto lontani dall'inserimento della telemedicina, quanto meno di alcuni servizi di essa, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza,

impegna il Governo

ad avviare un tavolo di confronto che valuti l'insieme della situazione della telemedicina in Italia che possa, così, tracciare le linee-guida e gli *standard* operativi che, sulla base delle indicazioni espresse dalla Commissione europea nel documento COM(2008)689/Final, servano a sviluppare

la telemedicina su vasta scala a futuro beneficio dei pazienti e dei sistemi sanitari.

9/259-A/4. Marguerettaz, Alfreider, Gebhard, Plangger, Schullian, Ottobre.

La Camera,

premessò che:

il testo unificato all'esame mira a inserire una maggiore sicurezza nelle cure sanitarie nell'interesse dell'individuo e della collettività;

tuttavia nulla si dice sulle modalità di telemedicina, nonostante la Commissione europea già nel 2009 abbia diffuso il documento COM(2008)689/Final sulla telemedicina « a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari, della società » che ha ottenuto il parere favorevole Comitato economico e sociale europeo (CESE);

la telemedicina, in Italia, continua a rimanere una cosa di nicchia, inserita in progetti frammentati, sperimentali, limitati ad aree circoscritte e non integrati compiutamente nel sistema sanitario, di durata incerta, demandati alle regioni virtuose, ma si è ancora molto lontani dall'inserimento della telemedicina, quanto meno di alcuni servizi di essa, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di avviare un tavolo di confronto che valuti l'insieme della situazione della telemedicina in Italia che possa, così, tracciare le linee-guida e gli *standard* operativi che, sulla base delle indicazioni espresse dalla Commissione europea nel documento COM(2008)689/Final, servano a sviluppare la telemedicina su vasta scala a futuro beneficio dei pazienti e dei sistemi sanitari.

9/259-A/4. (Testo modificato nel corso della seduta) Marguerettaz, Alfreider, Gebhard, Plangger, Schullian, Ottobre.

La Camera,

premessò che:

la medicina difensiva attiva e passiva sottrae ogni anno miliardi di euro all'appropriatezza delle cure, orientandoli verso attività sanitarie che niente hanno a che vedere con la terapia corretta del paziente;

la vera risposta alla medicina difensiva è la ricostruzione della giusta relazione tra paziente e sanitario che dispone la cura, attraverso un nuovo rapporto basato sulla scelta di appropriatezza e sul percorso di sicurezza delle cure;

il tema della sicurezza delle cure passa attraverso l'attivazione di percorsi virtuosi di gestione del rischio clinico che utilizzino metodologie scientifiche e sistemi di verifica e di controllo in linea con le *best practice* europee del settore sanitario, ma anche di tutti gli altri settori che hanno già adottato procedure di massima sicurezza;

le attività di *risk management* necessitano dunque di professionalità formate adeguatamente e di altissimo livello, con competenze specifiche, orientate all'innovazione e al confronto interdisciplinare, con spiccate capacità di coordinamento, gestionali e di *management*;

in Italia, la specializzazione post laurea in medicina legale e delle assicurazioni rappresenta un serbatoio importantissimo di competenze specialistiche e di professionalità coerenti alle attività di gestione del rischio clinico e di verifica della appropriatezza delle cure,

impegna il Governo:

a stanziare adeguate risorse per il potenziamento delle attività rivolte alla formazione dei professionisti che dovranno specificamente occuparsi delle attività di *risk management*;

a valorizzare adeguatamente in tali attività di formazione le professionalità sanitarie che provengono dalla specializ-

zazione post laurea in medicina legale e delle assicurazioni, che più di altre provengono da percorsi formativi coerenti con gli obiettivi della verifica e della certificazione della sicurezza delle cure.

9/259-A/5. Vargiu, Matarrese.

La Camera,

premessò che:

la medicina difensiva attiva e passiva sottrae ogni anno miliardi di euro all'appropriatezza delle cure, orientandoli verso attività sanitarie che niente hanno a che vedere con la terapia corretta del paziente;

la vera risposta alla medicina difensiva è la ricostruzione della giusta relazione tra paziente e sanitario che dispone la cura, attraverso un nuovo rapporto basato sulla scelta di appropriatezza e sul percorso di sicurezza delle cure;

il tema della sicurezza delle cure passa attraverso l'attivazione di percorsi virtuosi di gestione del rischio clinico che utilizzino metodologie scientifiche e sistemi di verifica e di controllo in linea con le *best practice* europee del settore sanitario, ma anche di tutti gli altri settori che hanno già adottato procedure di massima sicurezza;

le attività di *risk management* necessitano dunque di professionalità formate adeguatamente e di altissimo livello, con competenze specifiche, orientate all'innovazione e al confronto interdisciplinare, con spiccate capacità di coordinamento, gestionali e di *management*;

in Italia, la specializzazione post laurea in medicina legale e delle assicurazioni rappresenta un serbatoio importantissimo di competenze specialistiche e di professionalità coerenti alle attività di gestione del rischio clinico e di verifica della appropriatezza delle cure,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di stanziare adeguate risorse per il potenziamento

delle attività rivolte alla formazione dei professionisti che dovranno specificamente occuparsi delle attività di *risk management*;

a valutare l'opportunità di valorizzare adeguatamente in tali attività di formazione le professionalità sanitarie che provengono dalla specializzazione post laurea in medicina legale e delle assicurazioni, che più di altre provengono da percorsi formativi coerenti con gli obiettivi della verifica e della certificazione della sicurezza delle cure.

9/259-A/5. (*Testo modificato nel corso della seduta*) Vargiu, Matarrese.

La Camera,

premessò che:

il provvedimento appena approvato ha previsto l'emanazione di buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni da inserire nelle linee guida, prevedendo che gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative si debbano attenere a tali atti, salve le specificità del caso concreto. Si fa notare però che le norme approvate sulle buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni da prevedersi all'interno delle linee guida stesse, che saranno indicate da società scientifiche e da istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in apposito elenco istituito con il medesimo decreto da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della legge, in nessun modo considerano l'utilità di utilizzare al meglio le grandi competenze già presenti nel Servizio Sanitario Nazionale,

impegna il Governo

a prevedere, all'atto dell'emanazione dei decreti attuativi, o nei primi provvedimenti legislativi utili, l'inserimento tra i soggetti che dovranno individuare le buone prati-

che clinico-assistenziali e le raccomandazioni da inserire nelle linee guida individuate dalle società scientifiche e gli istituti di ricerca, le articolazioni del SSN, le Regioni, le ASL, al fine di non disperdere e valorizzare le competenze e le capacità acquisite per fornire il proprio contributo nel merito delle valutazioni e al fine di tutelare ancor meglio il diritto alla salute della comunità di riferimento.

9/259-A/6. Matarrelli, Artini, Baldassarre, Bechis, Brignone, Civati, Andrea Maestri, Pastorino, Segoni, Turco.

La Camera,

premessi che:

attualmente, ed in particolare in Italia, la qualità assistenziale ed il rischio clinico, sono gestiti, nell'ambito delle aziende pubbliche del sistema sanitario nazionale con un approccio prettamente reattivo rispetto alle criticità via via emergenti e/o alla gestione degli eventi avversi e della sicurezza e qualità delle cure e della organizzazione aziendale;

le fonti scientifiche più accreditate, nonché le esperienze condotte nei contesti più avanzati, individuano, nell'implementazione di strumenti e processi per la *governance* clinica l'approccio più efficace attualmente a disposizione per la gestione « attiva » della qualità e del rischio clinico in organizzazioni ad altissima complessità tecnico-gestionale quali le Aziende Sanitarie locali a vocazione assistenziale sia di cure primarie che ospedaliere;

le più importanti istituzioni del SSN quali Ministero della salute, Agenas e Istituto Superiore di Sanità, rimarcano e indirizzano le aziende protagoniste dell'assistenza alla *governance* e alla misurazione della *performance* clinica per il miglioramento attraverso sistematici *audit* clinici al fine di ritenere il rischio e migliorare la qualità dell'assistenza al fine di omogenizzare l'efficacia, l'equità all'accesso e l'efficienza delle cure, a prescindere dalla regione di appartenenza;

garantire la qualità dell'assistenza è, infatti, uno dei maggiori problemi che tutti i sistemi sanitari devono affrontare alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini;

tale problematica è stata affrontata in vari contesti ed in particolar modo nell'ambito del *National Health Service* inglese dove ciò è stato posto come obiettivo di una serie di recenti riforme;

il ruolo del territorio e delle sue organizzazioni a garanzia di livelli assistenziali altamente qualitativi è oggi determinante;

i servizi erogati, a livello territoriale, sono guidati in gran parte da una domanda più consapevole ed informata di assistenza: i cittadini assistiti, le cui necessità evolvono costantemente verso una maggiore efficacia degli interventi, esprimono aspettative sempre più elevate sulla qualità della vita, in un contesto sociale e culturale che non può più prescindere da una garanzia diffusa e radicata del diritto alla salute;

le istituzioni, dal canto loro, percepiscono come pressante l'esigenza di trovare soluzioni di sviluppo del sistema sanitario in grado di dare risposte efficaci alle richieste dei cittadini, e quindi di rielaborare i modelli di funzionamento che caratterizzano i sistemi di erogazione dei servizi: né l'approccio basato sulla programmazione pubblica, né le logiche di mercato, da soli, sembrano essere adeguati a definire un sistema di regolazione per la produzione del « bene pubblico » in sanità;

come tali, anche in Italia, le organizzazioni sanitarie sono chiamate ad uno sforzo ulteriore verso il miglioramento della qualità delle cure primarie, una maggiore equità nell'accesso e una miglior identificazione dei bisogni e delle priorità a livello locale;

come per il Regno Unito, il Paese in cui gli strumenti della *governance* clinica si sono per primi sviluppati in maniera sistematica e diffusa, anche in Italia molti

professionisti del territorio sono già da anni coinvolti in progetti di clinica *l'audit*, *training* o sviluppo di linee-guida;

tuttavia, nonostante ciò rappresenti una buona base di partenza per lo sviluppo della *governance* clinica, la mancata attribuzione di un impegno condiviso, sistematico e strategico nelle organizzazioni territoriali e negli operatori di prendere parte a tali progetti, ha fatto sì che essi siano stati attuati in modo non uniforme ed in modo solo parziale;

la portata innovativa del concetto di *governance* clinica risiede, dunque, non tanto nei suoi contenuti, quanto piuttosto nel sancire formalmente l'impegno nelle organizzazioni socio-sanitarie di realizzarlo e nel dare una visione integrata, finalizzata al miglioramento continuo della qualità, ad una serie di attività realizzatesi negli anni in modo frammentato in varie realtà locali;

il progetto di applicazione delle logiche e degli strumenti della *governance* clinica a livello territoriale e a livello ospedaliero prevede dunque lo sviluppo e l'implementazione a pieno regime dei diversi strumenti della *governance* clinica, previa identificazione del loro grado di adeguatezza per la gestione ottimale delle attività di assistenza poste in essere a favore della popolazione assistita;

tale approccio metodologico si presta anche ad un opportuno utilizzo a beneficio di tutte le altre strutture che operano nel sistema sanitario come ad esempio: enti finanziatori e regolatori ai vari livelli decisionali, comunità scientifica, fornitori delle aziende con riferimento agli specifici settori di attività;

tali interlocutori possono in questo modo visualizzare il posizionamento della azienda rispetto alla *governance* clinica e, in generale, il grado di adeguatezza organizzativa nel suo complesso della ASL e/o della Azienda Ospedaliera;

l'attività delle aziende sanitarie pubbliche non può prescindere da una attenta valutazione dei bisogni di salute

della popolazione, attraverso adeguati strumenti di analisi di tipo economico sanitario, epidemiologico e demografico;

la capacità delle aziende sanitarie territoriali di organizzare la valutazione dei bisogni attiene direttamente la capacità di pianificare l'utilizzo strategico delle risorse a disposizione, rispondendo in modo più razionale ed efficace ai bisogni di servizi socio-sanitari espressione del territorio, e quindi di dare risposte appropriate in questo senso. In questo senso anche i registri di patologia sono fondamentali;

è fondamentale attuare, ancor prima che con provvedimenti legislativi, quella riconosciuta come *Evidence Based Practice* (EBP);

l'EBP cerca, attraverso studi clinici-assistenziali controllati, le metanalisi e gli studi osservazionali, di stabilire, partendo dalla pratica clinica, quali siano gli interventi diagnostici, terapeutici o riabilitativi più efficaci rendendo così disponibili queste informazioni ai medici, ai decisori ed ai pazienti;

l'EBP è in continua evoluzione perché deve seguire il progresso continuo delle conoscenze scientifiche in campo sanitario. Esiste una evidente correlazione fra l'utilizzo dell'EBP, in tutte le specialità mediche, e il miglioramento dell'*outcome* del paziente perché capace di ridurre notevolmente gli errori nella pratica clinico-assistenziale. Quindi risulta evidente come l'EBP, se utilizzata correttamente, possa essere un valido strumento in tutte le articolazioni organizzative, di una azienda sanitaria territoriale, per la riduzione dei rischi inerenti all'attività stessa;

occorre introdurre un processo di *accountability*, un sistema di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie, coinvolte nell'assistenza al cittadino assistito, è indispensabile per l'analisi dei rischi qualora si verifichi il *clinical incident*. Infatti le organizzazioni sanitarie che hanno messo in atto un sistema basato

sull'*accountability* sono riuscite a ridurre il grado di probabilità di un errore nella pratica clinico-assistenziale;

occorre attivare un processo di *audit* assistenziale dove, nella sua accezione attuale, specialmente in Gran Bretagna, l'*audit* clinico è stato definito da Fielding (1991) come « un'iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli *outcome* dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con *standard* espliciti e la modificano se necessario ». L'*audit* clinico-assistenziale è una parte integrante della corretta pratica clinica ed uno strumento di provata efficacia nel miglioramento dell'*outcome* dei servizi erogati nei confronti del cittadino assistito. In tutte le professioni sanitarie l'utilizzo dell'*audit* determina un miglioramento dei risultati ottenuti e permette di definire l'entità di un possibile problema procurato al paziente;

è indispensabile introdurre la misurazione delle *performance* clinico-assistenziali;

l'azienda sanitaria territoriale attraverso la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della qualità e dei tempi delle cure mediche prestate può stimare le possibili cause di disabilità e disagi procurati ai cittadini assistiti con l'obiettivo di prevenire gli eventi avversi e ridurre il grado di rischio in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza;

è indispensabile perseguire processi di valutazione e miglioramento delle attività assistenziali;

il *trend* che sta emergendo negli ultimi anni si basa sull'utilizzo sistematico, da parte di tutti gli operatori sanitari, di vari sistemi di registrazione delle attività, in tutte le discipline cliniche ed in tutte le aree di specialità sanitarie, che permettono la valutazione della *performance* e quindi l'adozione di interventi per il miglioramento del livello e dell'esito delle

prestazioni sanitarie erogate. Le strutture sanitarie che sono riuscite a sviluppare, fra i propri operatori, la cultura della valutazione e miglioramento di tutti gli eventi, anche di quelli avversi, sono già in grado di identificare e pianificare al meglio le azioni da intraprendere per il raggiungimento dei più alti *standard* di assistenza;

è indispensabile introdurre nel sistema del rischio sanitario e clinico un processo definito *Health Technology Assessment* (HTA);

l'HTA include tutto ciò che viene utilizzato per promuovere la salute, impedire e trattare la malattia e per migliorare la riabilitazione e la cura di lunga durata. È necessario individuare, all'interno di un'azienda sanitaria, un settore, con personale dotato di competenze multidisciplinari, che si occupi esclusivamente delle tecnologie sanitarie mediante l'analisi accurata non solo dei costi, ma anche delle necessità e delle esigenze specifiche per ciascuna attività;

il miglioramento delle capacità diagnostiche e dell'efficacia terapeutica, che ha caratterizzato la medicina degli ultimi anni, è sicuramente correlato alla continua evoluzione delle biotecnologie, dei biomateriali, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie *hardware* e *software*;

la tecnologia sanitaria, intesa come l'applicazione pratica delle conoscenze scientifiche o di altre conoscenze predisposte a risolvere i problemi pratici e quindi capace a prevenire, curare e diagnosticare una malattia, comprende l'insieme di: apparecchiature, dispositivi, trattamenti farmacologici, strumenti organizzativi e procedurali, eccetera;

l'*assessment* delle tecnologie sanitarie è quel processo che permette di analizzare, in modo multidisciplinare, l'efficacia, la sicurezza, il costo, il rapporto costo-efficacia, l'indicazione di indirizzo, l'applicabilità e le conseguenze sociali, economiche ed etiche di una determinata tecnologia utilizzata a scopi assistenziali;

i membri dell'*International Network of Health Care Technology Agencies* (INAHTA) hanno identificato la sicurezza tecnologica come la principale funzione dell'HTA. L'*outcome* essenziale dell'HTA consiste nel soddisfare i bisogni di informazioni indispensabili ai decisori, politici e sanitari, affinché possano rendere i servizi sanitari conformi ai principi di eguaglianza, globalità, universalità, volontarietà e rispetto della dignità e libertà della persona. Non ultimo l'ingente risparmio di costi di acquisto delle tecnologie, se realizzati con questa logica;

occorre introdurre sistemi di Qualità e di Accreditamento;

l'esistenza di un sistema di qualità aziendale non rappresenta, necessariamente, un fattore di riduzione dei rischi, ma è necessario che l'ente certificante (o l'autocertificazione) sia qualificato e soprattutto che venga effettivamente e correttamente attuato quanto stabilito;

il sistema di qualità è il complesso delle procedure che regolamentano i processi di qualsiasi genere secondo un approccio al miglioramento continuo applicando gli *standard* più elevati. Il sistema della qualità e del mantenimento dei requisiti di accreditamento, deve poter includere al suo interno anche la valutazione degli *standard* e misurazione dei risultati e non semplicemente l'insieme di possesso di procedure e certificati. Anche i volumi di produzione clinica e sanitaria concorrono in modo rilevante al miglioramento della qualità così come l'analisi ed il mantenimento degli esiti delle cure;

vanno introdotti processi che devono essere fondati sul processo codificato come *clinical risk management*;

indica il sistema globale di gestione dei rischi con lo scopo di rilevare gli eventi avversi ed adottare azioni correttive per la riduzione del rischio stesso e per la prevenzione degli errori. Il *risk management* deve essere attuato non solo a livello aziendale, ma anche per struttura operativa ospedaliera e struttura operativa ter-

ritoriale mediante la realizzazione della mappa dei rischi ed il suo continuo aggiornamento. Il *clinical risk management* indica solo l'insieme delle corrette procedure a sistema per l'intercettazione sistematica degli errori e dei quasi errori e le relative analisi per la definizione di specifici interventi di miglioramento;

l'errore infatti può essere umano (*skill-based behaviour, ruled-based behaviour, knowledge-based behaviour* e quindi errori *slips, lapses* e *mistakes*) o può derivare dal sistema che ne crea le condizioni (stress, tecnologie poco conosciute, eccetera). In sanità le fasi che caratterizzano l'attività del *risk management* vanno dalla conoscenza e dall'analisi dell'errore (*incident reporting*, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, eccetera), all'individuazione e correzione delle cause di errore (*Root Causes Analysis*, analisi di processo, *Failure Mode and Effect Analysis*), al monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore ed all'implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte;

l'applicazione della gestione del rischio ha determinato una considerevole diminuzione di eventi avversi dimostrando come l'utilizzo dei metodi dell'analisi del rischio siano applicabili e validi;

l'adozione completa e la loro integrazione sistematica al livello azienda di tutte le funzioni e le attività sopra descritte può aumentare la qualità delle cure e la riduzione del rischio clinico;

occorre affrontare la questione della gestione del rischio clinico in chiave preventiva e di efficienza, nulla c'entra con aspetti legali e/o assicurativi perché questi intervengono ad errore/contenzioso già avvenuto;

la gestione e la prevenzione del rischio clinico non può in alcun modo limitarsi alle attività di un *risk manager* medico che raccolga gli errori o i possibili errori e li mappa per gli interventi di miglioramento;

la vera prevenzione del rischio clinico si ottiene esclusivamente applicando tutte le funzioni sopra descritte in modo completo e integrato;

il tutto deve essere ovviamente corredo da una ristrutturazione immediata delle strutture ospedaliere e territoriali che non hanno i requisiti per esercitare in sicurezza e in *comfort* moderno ed accogliente l'erogazione dei servizi sanitari alle persone che a qualsiasi titolo sono assistite, sia in ospedale che nel territorio;

le aziende sanitarie, soprattutto quelle di medie e grandi dimensioni, devono dotarsi di una struttura complessa aziendale operativa che integra tutte queste attività e funzioni da presidiare, implementare ed applicare in supporto di Distretti socio-sanitari, di Dipartimenti di salute mentale e di tutte le attività di ricovero, cura, prevenzione e riabilitazione. Sia ospedaliere che territoriali;

ad oggi esiste in Italia una sola Azienda sanitaria pubblica che si è dotata di una struttura complessa in grado di integrare e applicare in modo sistematico tutte le funzioni necessarie per il governo clinico e la gestione integrata per la prevenzione del rischio clinico: questa Azienda si trova in Sardegna;

la struttura complessa in questione è in ambito della direzione generale dell'azienda ed agisce con professionisti esperti competenti per le materie obbligatorie di riferimento che sono principalmente economia e gestione sanitaria, organizzazione sanitaria, ingegneria, epidemiologia, igiene e sanità pubblica, biostatistica eccetera. L'accorpamento di tutte le funzioni consente di ottenere anche risparmi importanti che con la duplicazione o triplicazione di strutture non sarebbe possibile;

la regione Sardegna ed il relativo assessore, nonostante la presenza evidente in casa di questa migliore pratica, continua a non utilizzarne i risultati già prodotti e la capacità produttiva;

si sta anzi verificando un forte depauperamento della struttura complessa in questione in termini di professionisti e delle relative attività;

la regione Sardegna inoltre, nonostante nel 2013 fosse stato riavviato, grazie agli esperti Agenas intervenuti presso la regione, il processo per ottenere i fondi CIPE (circa 250.000.000 di euro) per la ristrutturazione e messa in sicurezza delle strutture sanitarie, continua a non presentare i documenti necessari per sbloccare il fondo (Rete Ospedaliera, Rete Territoriale, Rete Emergenza urgenza),

impegna il Governo:

a porre in essere e rafforzare tutte le azioni tese a prevenire il rischio sanitario e far sì che attraverso le procedure richiamate in premessa si possa abbassare il rischio sia per i pazienti che del rischio umano;

a perseguire un processo riorganizzativo delle strutture ospedaliere e non solo teso a perseguire processi di valutazione e miglioramento delle attività assistenziali;

ad introdurre sistemi di qualità e di accreditamento tali da favorire lo sviluppo di *best practice* in grado di abbattere le soglie di rischio sanitario e clinico;

ad introdurre un processo di un sistema di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie, coinvolte nell'assistenza al cittadino assistito;

ad introdurre e attuare la procedura *Evidence Based Practice* (EBP) che attraverso studi clinici-assistenziali controllati, le metanalisi e gli studi osservazionali, consenta di stabilire, partendo dalla pratica clinica, quali siano gli interventi diagnostici, terapeutici o riabilitativi più efficaci rendendo così disponibili queste informazioni ai medici, ai decisori ed ai pazienti;

a predisporre un piano attuativo di azioni tese alla prevenzione del rischio clinico sanitario;

a definire e attivare, d'intesa con la regione Sardegna, i piani che già nel 2013, grazie agli esperti Agenas intervenuti presso la regione, erano stati definiti per ottenere i fondi CIPE (circa 250.000.000 di euro) per la ristrutturazione e messa in sicurezza delle strutture sanitarie sbloccando il fondo (Rete Ospedaliera, Rete Territoriale, Rete Emergenza urgenza.

9/259-A/7. Pili.

La Camera,

premessi che:

attualmente, ed in particolare in Italia, la qualità assistenziale ed il rischio clinico, sono gestiti, nell'ambito delle aziende pubbliche del sistema sanitario nazionale con un approccio prettamente reattivo rispetto alle criticità via via emergenti e/o alla gestione degli eventi avversi e della sicurezza e qualità delle cure e della organizzazione aziendale;

le fonti scientifiche più accreditate, nonché le esperienze condotte nei contesti più avanzati, individuano, nell'implementazione di strumenti e processi per la *governance* clinica l'approccio più efficace attualmente a disposizione per la gestione « attiva » della qualità e del rischio clinico in organizzazioni ad altissima complessità tecnico-gestionale quali le Aziende Sanitarie locali a vocazione assistenziale sia di cure primarie che ospedaliere;

le più importanti istituzioni del SSN quali Ministero della salute, Agenas e Istituto Superiore di Sanità, rimarcano e indirizzano le aziende protagoniste dell'assistenza alla *governance* e alla misurazione della *performance* clinica per il miglioramento attraverso sistematici *audit* clinici al fine di ritenere il rischio e migliorare la qualità dell'assistenza al fine di omogenizzare l'efficacia, l'equità all'accesso e l'efficienza delle cure, a prescindere dalla regione di appartenenza;

garantire la qualità dell'assistenza è, infatti, uno dei maggiori problemi che

tutti i sistemi sanitari devono affrontare alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini;

tale problematica è stata affrontata in vari contesti ed in particolar modo nell'ambito del *National Health Service* inglese dove ciò è stato posto come obiettivo di una serie di recenti riforme;

il ruolo del territorio e delle sue organizzazioni a garanzia di livelli assistenziali altamente qualitativi è oggi determinante;

i servizi erogati, a livello territoriale, sono guidati in gran parte da una domanda più consapevole ed informata di assistenza: i cittadini assistiti, le cui necessità evolvono costantemente verso una maggiore efficacia degli interventi, esprimono aspettative sempre più elevate sulla qualità della vita, in un contesto sociale e culturale che non può più prescindere da una garanzia diffusa e radicata del diritto alla salute;

le istituzioni, dal canto loro, percepiscono come pressante l'esigenza di trovare soluzioni di sviluppo del sistema sanitario in grado di dare risposte efficaci alle richieste dei cittadini, e quindi di rielaborare i modelli di funzionamento che caratterizzano i sistemi di erogazione dei servizi: né l'approccio basato sulla programmazione pubblica, né le logiche di mercato, da soli, sembrano essere adeguati a definire un sistema di regolazione per la produzione del « bene pubblico » in sanità;

come tali, anche in Italia, le organizzazioni sanitarie sono chiamate ad uno sforzo ulteriore verso il miglioramento della qualità delle cure primarie, una maggiore equità nell'accesso e una miglior identificazione dei bisogni e delle priorità a livello locale;

come per il Regno Unito, il Paese in cui gli strumenti della *governance* clinica si sono per primi sviluppati in maniera sistematica e diffusa, anche in Italia molti professionisti del territorio sono già da anni coinvolti in progetti di clinica *l'audit*, *training* o sviluppo di linee-guida;

tuttavia, nonostante ciò rappresenti una buona base di partenza per lo sviluppo della *governance* clinica, la mancata attribuzione di un impegno condiviso, sistematico e strategico nelle organizzazioni territoriali e negli operatori di prendere parte a tali progetti, ha fatto sì che essi siano stati attuati in modo non uniforme ed in modo solo parziale;

la portata innovativa del concetto di *governance* clinica risiede, dunque, non tanto nei suoi contenuti, quanto piuttosto nel sancire formalmente l'impegno nelle organizzazioni socio-sanitarie di realizzarlo e nel dare una visione integrata, finalizzata al miglioramento continuo della qualità, ad una serie di attività realizzatesi negli anni in modo frammentato in varie realtà locali;

il progetto di applicazione delle logiche e degli strumenti della *governance* clinica a livello territoriale e a livello ospedaliero prevede dunque lo sviluppo e l'implementazione a pieno regime dei diversi strumenti della *governance* clinica, previa identificazione del loro grado di adeguatezza per la gestione ottimale delle attività di assistenza poste in essere a favore della popolazione assistita;

tale approccio metodologico si presta anche ad un opportuno utilizzo a beneficio di tutte le altre strutture che operano nel sistema sanitario come ad esempio: enti finanziatori e regolatori ai vari livelli decisionali, comunità scientifica, fornitori delle aziende con riferimento agli specifici settori di attività;

tali interlocutori possono in questo modo visualizzare il posizionamento della azienda rispetto alla *governance* clinica e, in generale, il grado di adeguatezza organizzativa nel suo complesso della ASL e/o della Azienda Ospedaliera;

l'attività delle aziende sanitarie pubbliche non può prescindere da una attenta valutazione dei bisogni di salute della popolazione, attraverso adeguati strumenti di analisi di tipo economico sanitario, epidemiologico e demografico;

la capacità delle aziende sanitarie territoriali di organizzare la valutazione dei bisogni attiene direttamente la capacità di pianificare l'utilizzo strategico delle risorse a disposizione, rispondendo in modo più razionale ed efficace ai bisogni di servizi socio-sanitari espressione del territorio, e quindi di dare risposte appropriate in questo senso. In questo senso anche i registri di patologia sono fondamentali;

è fondamentale attuare, ancor prima che con provvedimenti legislativi, quella riconosciuta come *Evidence Based Practice* (EBP);

l'EBP cerca, attraverso studi clinici-assistenziali controllati, le metanalisi e gli studi osservazionali, di stabilire, partendo dalla pratica clinica, quali siano gli interventi diagnostici, terapeutici o riabilitativi più efficaci rendendo così disponibili queste informazioni ai medici, ai decisori ed ai pazienti;

l'EBP è in continua evoluzione perché deve seguire il progresso continuo delle conoscenze scientifiche in campo sanitario. Esiste una evidente correlazione fra l'utilizzo dell'EBP, in tutte le specialità mediche, e il miglioramento dell'*outcome* del paziente perché capace di ridurre notevolmente gli errori nella pratica clinico-assistenziale. Quindi risulta evidente come l'EBP, se utilizzata correttamente, possa essere un valido strumento in tutte le articolazioni organizzative, di una azienda sanitaria territoriale, per la riduzione dei rischi inerenti all'attività stessa;

occorre introdurre un processo di *accountability*, un sistema di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie, coinvolte nell'assistenza al cittadino assistito, è indispensabile per l'analisi dei rischi qualora si verifichi il *clinical incident*. Infatti le organizzazioni sanitarie che hanno messo in atto un sistema basato sull'*accountability* sono riuscite a ridurre il grado di probabilità di un errore nella pratica clinico-assistenziale;

occorre attivare un processo di *audit* assistenziale dove, nella sua accezione

attuale, specialmente in Gran Bretagna, l'*audit* clinico è stato definito da Fielding (1991) come « un'iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli *outcome* dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con *standard* espliciti e la modificano se necessario ». L'*audit* clinico-assistenziale è una parte integrante della corretta pratica clinica ed uno strumento di provata efficacia nel miglioramento dell'*outcome* dei servizi erogati nei confronti del cittadino assistito. In tutte le professioni sanitarie l'utilizzo dell'*audit* determina un miglioramento dei risultati ottenuti e permette di definire l'entità di un possibile problema procurato al paziente;

è indispensabile introdurre la misurazione delle *performance* clinico-assistenziali;

L'azienda sanitaria territoriale attraverso la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della qualità e dei tempi delle cure mediche prestate può stimare le possibili cause di disabilità e disagi procurati ai cittadini assistiti con l'obiettivo di prevenire gli eventi avversi e ridurre il grado di rischio in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza;

è indispensabile perseguire processi di valutazione e miglioramento delle attività assistenziali;

il *trend* che sta emergendo negli ultimi anni si basa sull'utilizzo sistematico, da parte di tutti gli operatori sanitari, di vari sistemi di registrazione delle attività, in tutte le discipline cliniche ed in tutte le aree di specialità sanitarie, che permettono la valutazione della *performance* e quindi l'adozione di interventi per il miglioramento del livello e dell'esito delle prestazioni sanitarie erogate. Le strutture sanitarie che sono riuscite a sviluppare, fra i propri operatori, la cultura della valutazione e miglioramento di tutti gli eventi, anche di quelli avversi, sono già in grado di identificare e pianificare al me-

glio le azioni da intraprendere per il raggiungimento dei più alti *standard* di assistenza;

è indispensabile introdurre nel sistema del rischio sanitario e clinico un processo definito *Health Technology Assessment* (HTA);

L'HTA include tutto ciò che viene utilizzato per promuovere la salute, impedire e trattare la malattia e per migliorare la riabilitazione e la cura di lunga durata. È necessario individuare, all'interno di un'azienda sanitaria, un settore, con personale dotato di competenze multidisciplinari, che si occupi esclusivamente delle tecnologie sanitarie mediante l'analisi accurata non solo dei costi, ma anche delle necessità e delle esigenze specifiche per ciascuna attività;

il miglioramento delle capacità diagnostiche e dell'efficacia terapeutica, che ha caratterizzato la medicina degli ultimi anni, è sicuramente correlato alla continua evoluzione delle biotecnologie, dei biomateriali, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie *hardware* e *software*;

la tecnologia sanitaria, intesa come l'applicazione pratica delle conoscenze scientifiche o di altre conoscenze predisposte a risolvere i problemi pratici e quindi capace a prevenire, curare e diagnosticare una malattia, comprende l'insieme di: apparecchiature, dispositivi, trattamenti farmacologici, strumenti organizzativi e procedurali, eccetera;

L'*assessment* delle tecnologie sanitarie è quel processo che permette di analizzare, in modo multidisciplinare, l'efficacia, la sicurezza, il costo, il rapporto costo-efficacia, l'indicazione di indirizzo, l'applicabilità e le conseguenze sociali, economiche ed etiche di una determinata tecnologia utilizzata a scopi assistenziali;

i membri dell'*International Network of Health Care Technology Agencies* (INAHTA) hanno identificato la sicurezza tecnologica come la principale funzione dell'HTA. L'*outcome* essenziale dell'HTA consiste nel soddisfare i bisogni di

informazioni indispensabili ai decisori, politici e sanitari, affinché possano rendere i servizi sanitari conformi ai principi di eguaglianza, globalità, universalità, volontarietà e rispetto della dignità e libertà della persona. Non ultimo l'ingente risparmio di costi di acquisto delle tecnologie, se realizzati con questa logica;

occorre introdurre sistemi di Qualità e di Accreditamento;

L'esistenza di un sistema di qualità aziendale non rappresenta, necessariamente, un fattore di riduzione dei rischi, ma è necessario che l'ente certificante (o l'autocertificazione) sia qualificato e soprattutto che venga effettivamente e correttamente attuato quanto stabilito;

il sistema di qualità è il complesso delle procedure che regolamentano i processi di qualsiasi genere secondo un approccio al miglioramento continuo applicando gli *standard* più elevati. Il sistema della qualità e del mantenimento dei requisiti di accreditamento, deve poter includere al suo interno anche la valutazione degli *standard* e misurazione dei risultati e non semplicemente l'insieme di possesso di procedure e certificati. Anche i volumi di produzione clinica e sanitaria concorrono in modo rilevante al miglioramento della qualità così come l'analisi ed il mantenimento degli esiti delle cure;

vanno introdotti processi che devono essere fondati sul processo codificato come *clinical risk management*;

indica il sistema globale di gestione dei rischi con lo scopo di rilevare gli eventi avversi ed adottare azioni correttive per la riduzione del rischio stesso e per la prevenzione degli errori. Il *risk management* deve essere attuato non solo a livello aziendale, ma anche per struttura operativa ospedaliera e struttura operativa territoriale mediante la realizzazione della mappa dei rischi ed il suo continuo aggiornamento. Il *clinical risk management* indica solo l'insieme delle corrette procedure a sistema per l'intercettazione siste-

matica degli errori e dei quasi errori e le relative analisi per la definizione di specifici interventi di miglioramento;

L'errore infatti può essere umano (*skill-based behaviour, ruled-based behaviour, knowledge-based behaviour* e quindi errori *slips, lapses* e *mistakes*) o può derivare dal sistema che ne crea le condizioni (stress, tecnologie poco conosciute, eccetera). In sanità le fasi che caratterizzano l'attività del *risk management* vanno dalla conoscenza e dall'analisi dell'errore (*incident reporting*, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, eccetera), all'individuazione e correzione delle cause di errore (*Root Causes Analysis*, analisi di processo, *Failure Mode and Effect Analysis*), al monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore ed all'implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte;

L'applicazione della gestione del rischio ha determinato una considerevole diminuzione di eventi avversi dimostrando come l'utilizzo dei metodi dell'analisi del rischio siano applicabili e validi;

L'adozione completa e la loro integrazione sistematica al livello azienda di tutte le funzioni e le attività sopra descritte può aumentare la qualità delle cure e la riduzione del rischio clinico;

occorre affrontare la questione della gestione del rischio clinico in chiave preventiva e di efficienza, nulla c'entra con aspetti legali e/o assicurativi perché questi intervengono ad errore/contenzioso già avvenuto;

la gestione e la prevenzione del rischio clinico non può in alcun modo limitarsi alle attività di un *risk manager* medico che raccolga gli errori o i possibili errori e li mappa per gli interventi di miglioramento;

la vera prevenzione del rischio clinico si ottiene esclusivamente applicando tutte le funzioni sopra descritte in modo completo e integrato;

il tutto deve essere ovviamente corredo da una ristrutturazione immediata delle strutture ospedaliere e territoriali che non hanno i requisiti per esercitare in sicurezza e in *comfort* moderno ed accogliente l'erogazione dei servizi sanitari alle persone che a qualsiasi titolo sono assistite, sia in ospedale che nel territorio;

le aziende sanitarie, soprattutto quelle di medie e grandi dimensioni, devono dotarsi di una struttura complessa aziendale operativa che integra tutte queste attività e funzioni da presidiare, implementare ed applicare in supporto di Distretti socio-sanitari, di Dipartimenti di salute mentale e di tutte le attività di ricovero, cura, prevenzione e riabilitazione. Sia ospedaliere che territoriali;

ad oggi esiste in Italia una sola Azienda sanitaria pubblica che si è dotata di una struttura complessa in grado di integrare e applicare in modo sistematico tutte le funzioni necessarie per il governo clinico e la gestione integrata per la prevenzione del rischio clinico: questa Azienda si trova in Sardegna;

la struttura complessa in questione è in ambito della direzione generale dell'azienda ed agisce con professionisti esperti competenti per le materie obbligatorie di riferimento che sono principalmente economia e gestione sanitaria, organizzazione sanitaria, ingegneria, epidemiologia, igiene e sanità pubblica, biostatistica eccetera. L'accorpamento di tutte le funzioni consente di ottenere anche risparmi importanti che con la duplicazione o triplicazione di strutture non sarebbe possibile;

la regione Sardegna ed il relativo assessore, nonostante la presenza evidente in casa di questa migliore pratica, continua a non utilizzarne i risultati già prodotti e la capacità produttiva;

si sta anzi verificando un forte depauperamento della struttura complessa in questione in termini di professionisti e delle relative attività;

la regione Sardegna inoltre, nonostante nel 2013 fosse stato riavviato, grazie agli esperti Agenas intervenuti presso la regione, il processo per ottenere i fondi CIPE (circa 250.000.000 di euro) per la ristrutturazione e messa in sicurezza delle strutture sanitarie, continua a non presentare i documenti necessari per sbloccare il fondo (Rete Ospedaliera, Rete Territoriale, Rete Emergenza urgenza),

impegna il Governo:

a porre in essere e rafforzare tutte le azioni tese a prevenire il rischio sanitario e far sì che attraverso le procedure richiamate in premessa si possa abbassare il rischio sia per i pazienti che del rischio umano;

a perseguire un processo riorganizzativo delle strutture ospedaliere e non solo teso a perseguire processi di valutazione e miglioramento delle attività assistenziali;

ad introdurre sistemi di qualità e di accreditamento tali da favorire lo sviluppo di *best practice* in grado di abbattere le soglie di rischio sanitario e clinico;

ad introdurre un processo di un sistema di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie, coinvolte nell'assistenza al cittadino assistito;

ad introdurre e attuare la procedura *Evidence Based Practice* (EBP) che attraverso studi clinici-assistenziali controllati, le metanalisi e gli studi osservazionali, consenta di stabilire, partendo dalla pratica clinica, quali siano gli interventi diagnostici, terapeutici o riabilitativi più efficaci rendendo così disponibili queste informazioni ai medici, ai decisori ed ai pazienti;

a predisporre un piano attuativo di azioni tese alla prevenzione del rischio clinico sanitario;

9/259-A/7. (Testo modificato nel corso della seduta) Pili.

La Camera,

premessò che:

come perfettamente rappresentato all'articolo 1 del testo unificato della proposta di legge in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, « la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ». La stessa si realizza « anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative »;

come stabilito dall'articolo 5, « gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative » dovranno attenersi, salvi casi specifici e particolari, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste da linee guida indicate da società scientifiche e istituti di ricerca che verranno individuati con apposito decreto, che entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, verrà adottato dalla Ministra della salute;

il territorio nazionale si caratterizza per aree geografiche metropolitane con un'alta concentrazione, fra gli altri, di servizi sanitari e strutture ospedaliere, all'interno della quale i cittadini possono realizzare al meglio il proprio diritto alla salute. Servizi sanitari all'interno dei quali, gli esercenti professioni sanitarie, possono operare adeguatamente, sulla base delle buone pratiche clinico-assistenziali e seguendo le raccomandazioni di cui alle succitate linee guida;

accanto alle aree metropolitane, sono presenti, nel nostro Paese le aree interne (il 65 per cento del territorio nazionale), molte delle quali sguarnite di adeguati servizi sanitari, e particolarmente distanti dalle strutture ospedaliere territoriali. Si presentano, in tal senso, situazioni in cui al diritto alla salute di tutti i cittadini, a prescindere dal luogo dove si nasce e/o si risiede, e al dovere degli

esercenti professioni sanitarie di rendere prestazioni coerenti con buone pratiche e linee guida definite, non corrisponde una organizzazione dei servizi sanitari che ne garantisca una adeguata attualizzazione. Sia dal lato del cittadino/paziente, sia da quello del personale sanitario;

con particolare riferimento alla gestione delle emergenze, alle attività di prevenzione, all'accompagnamento dei percorsi di maternità, durante tutto il periodo di gestazione e con particolare attenzione al parto, l'attuale organizzazione del sistema sanitario, non sempre, consente ai cittadini/pazienti di godere a pieno della migliore sanità possibile, e agli esercenti professioni sanitarie di erogare prestazioni rispettose delle raccomandazioni e linee guida di cui sopra, e delle migliori pratiche sanitarie;

la sanità territoriale, anche nelle aree più periferiche e lontane dai servizi, deve concorrere alla piena realizzazione del sistema sanitario universale,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità, al fine di garantire omogeneità, sul territorio nazionale, in termini di sicurezza e qualità delle prestazioni sanitarie, sia per i pazienti che per i medici e gli operatori che le erogano:

di promuovere, sebbene l'intervento sulle reti ospedaliere e sulla sanità territoriale sia di competenza regionale, il potenziamento e la riorganizzazione strutturale, tecnologica e delle risorse umane, nelle aree periferiche e, particolarmente, distanti dai principali poli sanitari;

di promuovere l'adozione di linee guida e raccomandazioni, che tengano conto dell'eterogeneo contesto geografico e socio-demografico del Paese.

9/259-A/8. Mura.

La Camera,

premessò che:

il provvedimento in esame persegue principalmente l'obiettivo di ridurre il fe-

nomeno della medicina difensiva nella duplice ottica di una più efficace tutela del diritto alla salute e del risparmio di spesa, introducendo a tal fine anche norme limitative della responsabilità civile e penale degli esercenti la professione sanitaria, adeguatamente bilanciate attraverso il rafforzamento, sul piano della responsabilità civile, della tutela del paziente danneggiato tramite l'introduzione dell'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice;

per il raggiungimento delle finalità della nuova normativa, è necessario introdurre misure che consentano agli esercenti le professioni sanitarie e alle strutture sanitarie pubbliche e private di ottemperare ai loro obblighi assicurativi, condizione indispensabile per rendere effettivo il rafforzamento della tutela del paziente introdotto tramite la possibilità dell'azione diretta;

il sistema assicurativo in questo settore non mostra in Italia di essere adeguatamente funzionante, non disponendo delle necessarie informazioni utili alla ponderazione del rischio e alla determinazione del premio, con la conseguente difficoltà per gli operatori sanitari di accedere a polizze assicurative a costi ragionevoli,

impegna il Governo

a valutare l'adozione di ogni intervento anche legislativo al fine di realizzare un sistema di raccolta dati che consenta di porre le basi per una determinazione del quadro tecnico nell'ambito del quale le imprese di assicurazione calcolino i loro premi e di istituire un organismo al quale i soggetti sottoposti all'obbligo di assicurazione possano rivolgersi quando le imprese autorizzate nel ramo rifiutino la stipula della polizza e a cui affidare il compito di determinare l'ammontare del premio, prevedendo adeguate conseguenze, ove l'impresa di assicurazione persistesse immotivatamente nel rifiuto.

9/259-A/**9**. Vazio, Ferranti.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative;

viene istituito, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale per la sicurezza in sanità a cui spetta il compito di acquisire, dai Centri per la gestione del rischio sanitario, i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle caratteristiche del contenzioso e di individuare idonee misure, anche attraverso la predisposizione di linee di indirizzo, per la prevenzione e gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e aggiornamento del personale. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES):

nella relazione tecnica riguardante gli effetti finanziari si evidenzia che l'istituzione del citato Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità, avvenendo senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, ma a carico dell'AGENAS, che rientra nel perimetro delle pubbliche amministrazioni ai fini del conto economico consolidato, potrebbe comportare una limitazione ai nuovi compiti dell'agenzia stessa nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di dedicare alle attività di raccolta dati dell'Osservatorio nazionale per la sicurezza in sanità un monte risorse finalizzato all'uso educativo dei dati stessi.

9/259-A/**10**. Bargerò.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Iniziative per garantire un'adeguata vigilanza nei musei italiani — 3-01957

GALGANO, MOLEA, VEZZALI, MONCHIERO, CAPUA, CATALANO, CATANIA, DAMBRUOSO, D'AGOSTINO, MATARRESE, OLIARO, PALLADINO, PINNA, SOTTANELLI, VARGIU e BOMBASSEI. — *Al Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo.* — Per sapere — premesso che:

l'Italia è caratterizzata dalla presenza di uno dei più ricchi patrimoni artistici dell'umanità. Con 3.609 musei, quasi 5 mila siti culturali tra monumenti, musei, aree archeologiche, 46.025 beni architettonici vincolati; 34 mila luoghi di spettacolo; 49 siti Unesco (pari al 5 per cento di quelli iscritti nelle liste del patrimonio mondiale e all'11 per cento di quelli europei), oltre a centinaia di festival e iniziative culturali che animano i territori, il nostro Paese si posiziona in testa alla graduatoria di quelli a vocazione culturale. Per fare un paragone a livello europeo, basti pensare che la Francia ha un terzo dei musei italiani (1.218) e la Spagna poco meno della metà (1.530);

nonostante l'Italia sia in testa alle classifiche mondiali per consistenza del patrimonio artistico-culturale, i finanziamenti stanziati per la cultura sono sempre meno e confrontando i dati con il resto dei Paesi europei, si evince che l'Italia è fanalino di coda: il *budget* del Ministero dei beni, delle attività culturali e del turismo è praticamente pari a quello della Danimarca (circa 1.400 milioni di euro) ed è circa un terzo di quello della Francia, che,

anche a seguito degli attentati terroristici che hanno colpito Parigi, ha confermato i 4 miliardi di euro per il suo dicastero della cultura previsti ogni anno in bilancio. In Italia, quindi, la spesa in cultura per abitante è di soli 25,4 euro l'anno ovvero la metà di quella della Grecia che ne impegna 50;

il patrimonio italiano, per di più, è distribuito in un gran numero di siti e nel caso dei musei, alcuni fanno capo ad enti statali che, per legge, devono provvedere in forma autonoma alla propria protezione anticrimine, ma un grandissimo numero è gestito da istituzioni locali, come amministrazioni regionali, provinciali o comunali o fondazioni private, che disponendo di risorse limitate, si trovano a dover provvedere in maniera autonoma alla sicurezza dei siti;

va tenuto conto che i problemi di sicurezza di un museo sono numerosi e, secondo gli esperti, sono perfino superiori a quelli di una banca. Mentre infatti in una banca i valori sono accuratamente tenuti lontani dalla portata del pubblico, in un museo gli oggetti più preziosi sono quelli che più frequentemente sono visitati e si trovano quindi a maggior rischio, proprio perché il frequente contatto con i visitatori potrebbe portare a danneggiamenti, anche accidentali, vandalismi o altro, pur senza arrivare al furto vero e proprio;

occorre inoltre ricordare che le opere d'arte esposte in un museo rappresentano di solito una piccola percentuale del patrimonio dei reperti, che sono invece cu-

stoditi in appositi e speciali depositi e che necessitano di protezioni in particolare durante le fasi di apertura/chiusura e durante le fasi di accesso di studiosi o addetti alla manutenzione o al restauro;

proprio la ricchezza del patrimonio artistico-culturale espone il nostro Paese a consistenti rischi in termini di furti, rapine e danneggiamenti. Stando ai dati resi noti dall'Associazione italiana di vigilanza e servizi fiduciari (Assiv), dopo il « colpo » al museo di Castelvecchio avvenuto il 19 novembre 2015, ogni anno in Italia vengono denunciati oltre 1,5 milioni di furti. Secondo i dati Istat elaborati dall'Osservatorio Assiv sulla sicurezza sussidiaria e complementare, i furti di opere d'arte e materiale archeologico denunciati nella più recente rilevazione annuale del 2013 sono stati 592. I furti nei siti dotati di vigilanza e sistemi di sicurezza, come musei e sedi di enti pubblici e privati, sono pari al 16 per cento del totale;

le regioni più colpite sono Lazio e Lombardia, rispettivamente con 81 e 77 casi denunciati, seguite da Campania (55), Toscana (54) e Emilia Romagna (47). Nessuna regione è però immune dai furti di opere d'arte. Fra le province al primo posto c'è Roma con 64 casi denunciati, poi Napoli (34), Milano (26) Torino (24) e Bologna (17);

i musei, quindi, devono essere protetti da intrusioni e furti, atti vandalici, deterioramento, danni, incendi e altri rischi, e contemporaneamente devono garantire la sicurezza dei visitatori e del personale. Necessità che richiedono ingenti costi per il personale di vigilanza e sorveglianza tanto che, frequentemente, i siti sono costretti a ridurre la quantità di opere in esposizione perché non riescono a garantire sufficienti misure di sicurezza;

la stessa Commissione sicurezza ed emergenza nei musei (Icom Italia), nel ribadire che il patrimonio culturale si trova oggi esposto a rischi che superano i livelli di sicurezza che una singola struttura è in grado di assicurare, ha lanciato un appello a tutte le amministrazioni

responsabili per dotare gli istituti e i luoghi di cultura dei mezzi necessari per disporre tutte le misure, attive e passive necessarie;

Icom Italia ha, inoltre, chiesto in particolare al Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo di promuovere il più stretto coordinamento possibile con il Ministero dell'interno, con le prefetture e tutti gli altri Ministeri interessati per assicurare ai musei e al patrimonio culturale un'attività di prevenzione e controllo per offrire a tutti gli istituti e i luoghi della cultura, indipendentemente da chi ne detiene la proprietà, i necessari indirizzi in materia di sicurezza rispetto alle nuove minacce che incombono, oltre che sulle popolazioni, anche sul patrimonio culturale;

proprio per garantire maggiore tutela tenendo conto dei fondi limitati a disposizione, sia in Italia che all'estero sono stati messi a punto sistemi innovativi come sensori intelligenti, sistemi « *self-aware* » e ambienti reattivi che consentono di aumentare i livelli di sicurezza, comfort e personalizzazione dei servizi ed al contempo di ridurre i costi sia di impianto che di gestione;

il problema della sicurezza nei musei è, in conclusione, una questione di interesse generale del nostro Paese, considerando non solo l'immenso valore storico e culturale delle opere, ma il fatto che attraggono ogni anno milioni di turisti e che il circuito museale garantisce anche centinaia di migliaia di posti di lavoro —:

quali iniziative di competenza il Governo intenda assumere al fine di verificare la turnazione degli addetti alla vigilanza nei musei statali per garantire sicurezza ventiquattro ore su ventiquattro ed evitare che si verifichi la presenza di un solo responsabile cui è demandato il controllo di interi siti nelle ore notturne, come accaduto nel museo civico di Castelvecchio, e monitorare i sistemi e i modelli organizzativi di controllo aumentando, ove necessario, le risorse stanziare per tali scopi. (3-01957)

Iniziativa in materia di ricongiunzione onerosa dei contributi pensionistici — 3-01958

GIGLI. — *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* — Per sapere — premesso che:

in tempi di « lavoro mobile » cambiare attività è assai frequente. Peraltro in questi ultimi decenni si è cercato di trasmettere alle giovani generazioni il messaggio che fosse opportuno abbandonare l'idea della ricerca del cosiddetto « posto fisso ». In molti casi quindi chi cambia lavoro è attratto da prospettive di retribuzione o di reddito più alte; in altri, invece, il passaggio non è frutto di una scelta volontaria bensì di circostanze estranee al nostro volere. Molto spesso però, nel passare da un lavoro pubblico a quello privato o viceversa, o da lavoro autonomo a lavoro dipendente, non si ha la completa consapevolezza, a norme vigenti, di quelle che saranno le complicazioni e gli oneri da sopportare per valorizzare i contributi previdenziali versati durante l'attività lavorativa in diverse gestioni previdenziali;

l'introduzione della ricongiunzione onerosa dei contributi pensionistici disposta ai sensi dell'articolo 12, commi da 12-*septies* a 12-*undecies*, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, ha di fatto impedito a molte persone di poter accedere alla pensione, stante l'eccessiva onerosità per accedere alla suddetta opzione in quanto la norma prevede un meccanismo di calcolo identico a quello utilizzato per il riscatto del periodo di laurea, cioè come se l'interessato, non avesse versato alcuna contribuzione nel periodo per il quale richiede la ricongiunzione dei contributi;

a seguito del citato decreto-legge n. 78 del 2010, la ricongiunzione è stata resa oggi onerosa per tutti, con dubbio profilo di incostituzionalità, anche a causa

della retroattività del provvedimento. Con l'articolo 12, comma 12-*septies*, del citato decreto-legge n.78 del 2010, è stato, con effetto immediato e senza alcuna norma transitoria, soppresso il diritto, precedentemente riconosciuto dall'articolo 1 della legge 7 febbraio 1979, n. 29, di ricongiungere gratuitamente le posizioni assicurativo-previdenziali accese presso forme obbligatorie di previdenza sostitutive, esclusive o esonerative dell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti, gestita dall'INPS presso quest'ultima gestione ai fini del conseguimento di un'unica pensione. La facoltà di ricongiunzione gratuita era prevista dal citato articolo 1 come esercitabile in qualsiasi momento e l'effetto era quello di costituire presso l'assicurazione generale obbligatoria una corrispondente posizione assicurativa ai fini del futuro trattamento pensionistico. L'assicurazione generale obbligatoria riceveva dalla gestione previdenziale di provenienza l'ammontare dei contributi di loro pertinenza, maggiorati dell'interesse, ma nulla veniva posto a carico del lavoratore. L'articolo 12, comma 12-*septies* del decreto-legge n. 78 del 2010 ha, in via retroattiva, soppresso la facoltà di ricongiunzione gratuita;

il successivo avvento della « riforma previdenziale Fornero » (ex articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214) che ha elevato i requisiti anagrafici e contributivi, ha reso ancora più problematico l'accesso alla pensione per tutti quei lavoratori che hanno versato contributi in diverse gestioni previdenziali;

anche a coloro che hanno iniziato a lavorare dal 1° gennaio 1996 e che pertanto avranno una pensione calcolata esclusivamente con il metodo contributivo, l'Inps non consente di poter ricongiungere gratuitamente i contributi versati in diverse gestioni previdenziali, nonostante sia noto che con il sistema del calcolo contributivo, la pensione è calcolata sulla base dei contributi effettivamente versati;

è altresì noto che ad oggi non è possibile ricongiungere i contributi versati nel fondo pensione lavoratori dipendenti e ciò rappresenta un'ulteriore penalizzazione per tutti quei lavoratori che hanno contributi versati nella suddetta gestione;

è paradossale che mentre per l'abrogazione e la modifica delle norme precedenti la Ragioneria generale dello Stato non ha quantificato eventuali risparmi, né risorse in entrata, alla richiesta di superare l'iniqua norma sulle ricongiunzioni onerose introdotta con l'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, essa abbia prodotto quantificazioni di oneri, peraltro sempre diverse tra loro, in quello che appare all'interrogante un balletto di cifre necessariamente poco attendibile;

è ormai valutazione comune e condivisa da tutto il Parlamento e dallo stesso Ministro interrogato che la norma introdotta con il citato decreto-legge n. 78 del 2010 sia iniqua e vada superata. Anche il Governo in carica all'epoca della sua approvazione ha ammesso, per bocca dell'allora Sottosegretario Bellotti, che « gli effetti concreti che la riforma ha prodotto sul tessuto sociale hanno in parte travalicato le iniziali intenzioni del legislatore »;

l'intento perseguito dal legislatore, infatti, era quello di prevenire e scongiurare comportamenti elusivi in funzione della possibilità di avvalersi di regimi previdenziali più favorevoli rispetto all'ordinario, ma non certamente quello di impedire il trasferimento della posizione assicurativa nei confronti di quei lavoratori che si trovano costretti per raggiungere i requisiti minimi per la pensione a ricongiungere presso altri fondi la propria contribuzione;

con l'entrata quindi in vigore del citato articolo 12 del decreto-legge n. 78 del 2010, di contro, si è accertato che in taluni casi, ovvero sia quando il lavoratore è obbligato a ricongiungere la propria posizione previdenziale in altro fondo pensionistico per aver cessato il lavoro senza diritto a pensione nel fondo di apparte-

nenza, tale ricongiunzione è divenuta oltrემodo onerosa per il soggetto interessato, risultando i costi essere nell'ordine di diverse decine di migliaia di euro;

negli anni il Parlamento ha cercato di sanare la questione sopra esposta, ottenendo il parziale risultato di introdurre la facoltà di chiedere il cumulo dei contributi, ma solo per l'accesso alla pensione di vecchiaia e con il vincolo di non aver maturato il diritto autonomo a pensione ovvero di non aver maturato 20 anni in una delle gestioni previdenziali cui si è stati iscritti;

sono tuttora esclusi dalla possibilità di ricongiunzione previdenziale migliaia di lavoratori e lavoratrici che potrebbero andare in pensione anticipata o di vecchiaia ma che hanno almeno 20 anni in una gestione;

è evidente che nella maggior parte dei casi, a 66 o 67 anni si hanno almeno 20 anni in una gestione, considerando anche il fatto che è sempre più normale cambiare lavoro con relativo cambiamento di iscrizione previdenziale;

a seguito di un intervento correttivo per 899 milioni di euro sono state sanate le posizioni di coloro che erano iscritti a fondi previdenziali diversi dall'INPS, e successivamente iscritti all'INPS dopo l'agosto 2010, ma sono rimaste irrisolte quelle di coloro che invece hanno praticato il percorso inverso, partendo dall'INPS per arrivare poi all'INPDAP;

il Governo aveva istituito un tavolo lavoro presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del quale ha fatto menzione l'allora Sottosegretario Bellotti nell'esprimere il parere favorevole del Governo alla mozione n. 1-00690 — approvata alla Camera con il 27 luglio 2011;

non si hanno più notizie circa l'operatività di suddetto tavolo di lavoro, se abbia concluso il suo mandato, quali siano

i risultati e le conclusioni consegnate al Ministro dal tavolo di lavoro —:

quali tempestive iniziative, anche di carattere normativo e in relazione all'attività del citato tavolo di lavoro, intenda promuovere il Ministro interrogato per sanare la situazione palesemente iniqua sopra descritta, la quale non favorisce la propensione alla mobilità fra un impiego e l'altro ed è fonte di ostacoli all'introduzione della necessaria e ormai non più procrastinabile « staffetta generazionale » volta a favorire l'ingresso nel mondo del lavoro delle giovani generazioni. (3-01958)

Iniziative urgenti per una diminuzione dei costi del carburante attraverso l'eliminazione delle accise più antiquate – 3-01959

PISICCHIO. — *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

nonostante l'abbassamento record del prezzo del petrolio, sceso intorno ai trenta dollari a barile e con previsioni di ulteriore diminuzione, il prezzo della benzina in Italia è aumentato, rispetto al 2008, del 30 per cento;

gli italiani pagano la benzina il 14,4 per cento in più dei francesi, il 18,9 per cento in più rispetto agli sloveni fino ad arrivare al 30,7 per cento in più degli austriaci (fonte CGIA, *La Stampa* 24 dicembre 2015);

il costo dell'energia incide fortemente sul bilancio delle nostre imprese, arrivando anche al 30 per cento per alcuni comparti di Confindustria, e quindi sulla loro competitività, sia sul mercato interno sia su quello globale;

il prezzo del carburante incide sul bilancio delle famiglie e dei cittadini italiani ed ha una forte influenza anche sui consumi, quindi sull'economia dell'intero sistema-Paese;

a incidere sul prezzo del carburante è, secondo la CGIA, la componente fiscale;

le accise che attualmente gravano sul carburante risalgono a periodi storici superati da tempo, come si evince chiaramente da questo elenco:

a) euro 0,000981: finanziamento della guerra d'Etiopia del 1935-1936;

b) euro 0,00723: finanziamento della crisi di Suez del 1956;

c) euro 0,00516: ricostruzione post disastro del Vajont del 1963;

d) euro 0,00516: ricostruzione post alluvione di Firenze del 1966;

e) euro 0,00516: ricostruzione post terremoto del Belice del 1968;

f) euro 0,0511: ricostruzione post terremoto del Friuli del 1976;

g) euro 0,0387: ricostruzione post terremoto dell'Irpinia del 1980;

h) euro 0,106: finanziamento della guerra in Libano del 1983;

i) euro 0,0114: finanziamento della missione in Bosnia del 1996;

l) euro 0,02: rinnovo del contratto degli autoferrotranvieri del 2004;

m) euro 0,005: acquisto di autobus ecologici nel 2005;

n) euro 0,0051: terremoto dell'Aquila del 2009;

o) euro 0,0073: finanziamento della manutenzione e la conservazione dei beni culturali, di enti ed istituzioni culturali nel 2011;

p) euro 0,04: arrivo di immigrati dopo la crisi libica del 2011;

q) euro 0,0089: alluvione in Liguria e Toscana nel novembre 2011;

r) euro 0,082 (euro 0,113 sul diesel): decreto « Salva Italia » nel dicembre 2011;

s) euro 0,02: finanziamento post terremoti dell'Emilia del 2012;

da anni associazioni dei consumatori, comitati, forze politiche e singoli cittadini,

anche attraverso petizioni online, l'ultima delle quali sulla piattaforma *change.org*, hanno posto all'attenzione dei diversi governi la questione —:

quali urgenti iniziative il Governo intenda assumere per rendere possibile una diminuzione dei costi del carburante attraverso l'eliminazione delle accise più antiquate, prive di una ragione reale e per questo del tutto inique sul piano sociale ed economico. (3-01959)

Stato dell'interlocuzione in corso con le autorità europee in ordine alle annunciate iniziative finalizzate al rafforzamento del sistema bancario, con particolare riferimento alla realizzazione di un meccanismo di gestione dei crediti bancari deteriorati — 3-01960

PELILLO, MARTELLA, BONIFAZI, CAPOZZOLO, CARELLA, CAUSI, COLANINNO, CURRÒ, DE MARIA, MARCO DI MAIO, FRAGOMELI, FREGOLENT, GINATO, GITTI, GUTGELD, LODOLINI, MORETTO, PETRINI, RAGOSTA, RIBAUDO, SANGA, ZOGGIA, CINZIA MARIA FONTANA e BINI. — *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

l'incertezza che continua a caratterizzare lo scenario economico internazionale, significativamente accentuata dalla persistenza di alcuni fattori di instabilità relativi al deprezzamento del petrolio, al rallentamento delle economie emergenti e alle crisi geopolitiche, sta determinando continue tensioni sui mercati finanziari, incluso quello italiano;

sebbene nel corso degli ultimi giorni siano stati principalmente i titoli bancari ad essere oggetto di pesanti perdite, in Italia il sistema bancario e la stabilità finanziaria rimangono solidi, grazie anche alle misure già adottate dal Governo, fra cui la riforma delle banche popolari, l'intervento relativo alla gestione della risoluzione degli istituti in crisi e quello in materia di procedure di recupero dei cre-

diti inesigibili e di deducibilità delle svalutazioni e delle perdite su crediti, e quelle di prossima definizione, che dovrebbero comprendere il progetto di riforma delle banche di credito cooperativo;

è tuttavia necessario alleggerire ulteriormente l'elevato livello di partite deteriorate ereditato dalla lunga recessione, che appesantisce i bilanci bancari e riduce l'erogazione di prestiti al settore privato: a tal fine, prosegue la trattativa fra le autorità italiane ed europee per concordare una soluzione efficace e al contempo compatibile con le regole in materia di aiuti di Stato in grado di accrescere la fiducia nella solidità del sistema bancario, contrastando le tensioni dovute anche a movimenti speculativi —:

quale sia lo stato dell'interlocuzione in corso con gli organi europei, anche sulla base dei dettagli tecnici emersi dall'ultimo incontro con la Commissaria europea alla concorrenza Margrethe Vestager, sulle modalità di attuazione e sui tempi di approvazione delle annunciate iniziative finalizzate al rafforzamento del sistema bancario, in particolare volte alla realizzazione di un meccanismo di gestione dei crediti bancari deteriorati. (3-01960)

Iniziativa di competenza per assicurare una piena vigilanza da parte di Consip in qualità di centrale unica di committenza per la pubblica amministrazione — 3-01961

LUIGI GALLO, VACCA, MARZANA, BRESCIA, SIMONE VALENTE, D'UVA e DI BENEDETTO. — *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

con interpellanza urgente n. 2-00357 presentata in data 10 gennaio 2014, il primo firmatario della presente interrogazione avvertiva il Ministro dell'economia e delle finanze circa le perplessità sulla gestione della società Consip s.p.a., in qualità di centrale di committenza, e sui danni a carico della collettività e del

Ministero stesso emerse dall'inchiesta giornalistica del programma televisivo *Report* trasmessa il 2 dicembre 2013;

dall'interpellanza di cui sopra, *inter alia*, emergono: il cosiddetto « sistema Romeo » e la presunta « sinergia » esistente tra la cooperativa Fiorita e la Manutencoop società cooperativa, che aderisce al Consorzio Nazionale Servizi società cooperativa e che l'anno precedente si era aggiudicata 3 dei 13 lotti (il massimo consentito) appaltati nel 2012 da Consip riguardanti la fornitura di servizi di pulizia per le scuole di tutto il territorio nazionale, alimentando già da allora il lecito sospetto di trovarsi dinanzi ad uno scenario complesso e torbido di attività e accordi anticoncorrenziali oltreché sulla capacità del Ministero di vigilare sull'operato della Consip, società *in house*;

come appena ricordato, dunque, in data 11 luglio 2012, Consip, per conto del Ministero dell'economia e delle finanze, ha indetto una gara comunitaria a procedura aperta per la convenzione relativa all'affidamento dei servizi di pulizia e di altri servizi per il mantenimento del decoro e della funzionalità delle scuole pubbliche italiane di ogni ordine e grado, nonché dei centri di formazione della pubblica amministrazione suddiviso in 13 lotti geografici del valore totale di circa 1,63 miliardi di euro, più un eventuale importo aggiuntivo di 163 milioni di euro come *plafond*, per un periodo di due anni, rinnovabili per un altro anno;

relativamente a tale gara, con delibera n. 21125 dell'8 ottobre 2014, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato, rilevando talune anomalie che lasciavano ipotizzare una violazione della normativa a tutela della concorrenza, ha disposto l'avvio di un procedimento nei confronti delle seguenti società: Consorzio Nazionale Servizi, Manutencoop, Kuadra ed Exitone; il procedimento è stato in seguito esteso anche nei confronti di Roma Multiservizi s.p.a.;

L'Autorità garante della concorrenza e del mercato, nella sua adunanza del 22

dicembre 2015, ha deliberato che « le società CNS – Consorzio nazionale Servizi società cooperativa, Manutencoop Facility Management S.p.A., Kuadra S.p.A. e Roma Multiservizi S.p.A. hanno posto in essere un'intesa restrittiva della concorrenza contraria all'articolo 101 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE) consistente in una pratica concordata avente la finalità di condizionare gli esiti della gara Consip, attraverso l'eliminazione del reciproco confronto concorrenziale e la spartizione dei lotti da aggiudicarsi nel limite massimo fissato dalla *lex specialis* »;

attraverso questa intesa, le quattro imprese, due delle quali sono i maggiori operatori del mercato, hanno *de facto* annullato il reciproco confronto concorrenziale nello svolgimento della gara Consip con lo scopo di spartirsi i lotti più appetibili e aggiudicarsene il numero massimo consentito (tre su tredici);

dal verbale dell'adunanza, si evince che « la collusione si sarebbe realizzata attraverso un utilizzo distorto dello strumento consortile. Pur concorrendo formalmente in maniera autonoma, infatti, il Consorzio Nazionale Servizi e la consorziata Manutencoop Facility Management avrebbero concordato, d'intesa con le altre parti del procedimento (Kuadra in associazione temporanea d'impresa con il Consorzio Nazionale Servizi e Roma Multiservizi, partecipata in misura rilevante da Manutencoop), la rispettiva strategia per perseguire obiettivi condivisi e alterare così gli esiti della gara, anche avvalendosi di affidamenti in subappalto per la tutela delle rispettive posizioni di mercato »;

L'Autorità garante della concorrenza e del mercato ha così sanzionato il Consorzio Nazionale Servizi per euro 56.190.090, Manutencoop per euro 48.510.000, Roma Multiservizi per euro 3.377.910 e Kuadra per euro 5.763.882;

il comma 22 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, impone obbligatoriamente agli enti pubblici di aderire alle convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 26

della legge 23 dicembre 1999, n. 488, che si traduce nell'obbligo di utilizzare Consip per ciò che concerne l'approvvigionamento di beni e servizi;

se da un lato, infatti, l'avvento di Consip avrebbe permesso il risparmio di discrete somme di danaro pubblico come illustrato dalle slide pubblicate dall'*account Twitter* del Ministero dell'economia e delle finanze il 20 gennaio 2016, dall'altra sembra lasciare campo libero a imprese e imprenditori vicini ai partiti politici, come nel caso di Alfredo Romeo, principale finanziatore di numerose campagne elettorali di politici del centro-destra e del centro-sinistra, in grado di organizzarsi con lo scopo di creare veri e propri « cartelli di imprese » al fine di condizionare l'ampia fetta di mercato concernente la pubblica amministrazione;

ciò grazie all'avvento combinato di Consip, in qualità di unica centrale di committenza per la pubblica amministrazione, e al conseguente taglio alla spesa pubblica che ha portato lo stanziamento di fondi finalizzati alla pulizia nelle scuole dai 390 milioni di euro del 2013 ai 280 milioni di euro per il 2014, imponendo, con il decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, alle istituzioni scolastiche ed educative statali, a decorrere dall'anno scolastico 2013/2014, un limite alla spesa per l'acquisto di servizi « esternalizzati » abbinato all'obbligo di avvalersi delle convenzioni quadro della Consip s.p.a.;

riducendo la spesa e mantenendo le esternalizzazioni gestite da Consip sono stati, inoltre, posti in grave difficoltà tutti i lavoratori coinvolti, portando come conseguenza prevedibile, *inter alia*, l'immane riduzione delle ore di lavoro e il conseguente crollo della retribuzione, con molte scuole di fatto sporche e inagibili;

successivamente il Governo, dimostrando nei fatti il fallimento della scelta di esternalizzare il servizio sia dal punto di vista occupazionale che di vantaggio economico, ha promosso il piano « Scuole

belle », elaborato a seguito dell'accordo sottoscritto il 28 marzo 2014 presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. L'accordo prevedeva, al fine di far fronte alla problematica occupazionale conseguente alle riduzioni degli affidamenti derivanti dalle espletate gare Consip e riguardante i lavoratori ex lavoratori socialmente utili e quelli appartenenti alle ditte dei cosiddetti « appalti storici », che il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca – nell'ambito del più ampio programma per l'edilizia scolastica facente capo alla Presidenza del Consiglio dei ministri – avrebbe utilizzato risorse complessive pari a 450 milioni di euro, a decorrere dal 1° luglio 2014 e fino al 30 marzo 2016, da impiegare per lo svolgimento, da parte del personale adibito alla pulizia nelle scuole, di ulteriori attività consistenti in interventi di ripristino del decoro e della funzionalità degli immobili adibiti ad edifici scolastici –:

quali iniziative di competenza, alla luce dei fatti esposti in premessa e della tendenza ad una progressiva centralizzazione del sistema di acquisti di beni e servizi, intenda adottare al fine di garantire una maggiore vigilanza da parte di Consip ed evitare situazioni come quelle sopra descritte. (3-01961)

Chiarimenti in merito ad asserite prospettive di una riduzione del debito pubblico dell'Italia nell'anno corrente, alla luce delle osservazioni contenute in un recente rapporto diffuso dalla Commissione europea – 3-01962

OCCHIUTO e BRUNETTA. – *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* – Per sapere – premesso che:

nel « Rapporto sulla sostenibilità delle finanze pubbliche » diffuso nei giorni scorsi, la Commissione europea si è soffermata in particolare sull'alto debito pubblico dell'Italia, mettendo in mora il Governo;

secondo il rapporto, per l'Italia « i rischi sembrano essere alti nel medio termine », a causa di un elevato livello di debito « alla fine delle proiezioni » nel 2026 e di una « alta sensibilità a possibili shock alla crescita nominale e ai tassi d'interesse »;

non solo il livello del debito è troppo alto, « già al 133 per cento nel 2015 », ma continuerà a crescere fino al 2020. E non finisce qui: « per far scendere — come dovrebbe fare l'Italia per rispettare i parametri europei — il debito al 110 per cento nel 2026, in condizioni economiche normali, ci vuole un avanzo strutturale costante e invariato al 2,5 per cento fino al 2026 »;

questa frase contiene in sé già due criticità: innanzitutto, la congiuntura economica italiana, europea e internazionale, come rilevato da tutti gli istituti di previsione, volge al peggio nei prossimi anni, quindi l'ipotesi « in condizioni economiche normali » contemplata dalla Commissione europea si sa già essere irrealizzabile;

ma, se anche così fosse, va rilevato comunque che l'avanzo primario degli ultimi quattro trimestri in Italia è stato pari all'1,5 per cento del prodotto interno lordo. Ben lontano, quindi, dal 2,5 per cento che chiede l'Europa. D'altronde, la Commissione europea, sempre nel rapporto pubblicato nei giorni scorsi, pone proprio questo tema: quello del 2,5 per cento fino al 2026 « potrebbe essere un avanzo primario relativamente alto da mantenere per 10 anni »;

è scontata, quindi, alla luce di tutto questo, la conclusione della Commissione europea: l'Italia non rispetta la regola di riduzione progressiva del debito pubblico; anzi, quest'ultimo è destinato ad aumentare negli anni, ben oltre i livelli già da record raggiunti. E, se il debito non diminuisce, nessuna flessibilità verrà concessa e diventa praticamente assicurato l'avvio di una procedura di infrazione;

il Ministro interrogato ha assicurato che il debito sarà in discesa nel 2016 e che

riuscirà a « fornire tutte le informazioni a sostegno della tesi inoppugnabile che il debito italiano è sostenibile » —:

quali siano i dati e le informazioni in possesso del Governo tali da assicurare un calo del debito nell'anno corrente, come affermato dal Ministro interrogato, alla luce delle osservazioni contenute nel rapporto diffuso dalla Commissione europea. (3-01962)

Chiarimenti in merito alla corretta interpretazione di una recente lettera inviata dalla Banca centrale europea relativa alla richiesta di un rafforzamento patrimoniale degli Istituti di credito italiani — 3-01963

GUIDESI, FEDRIGA, ALLASIA, ATTAGUILE, BORGHESI, BOSSI, BUSIN, CAPARINI, GIANCARLO GIORGETTI, GRIMOLDI, INVERNIZZI, MOLteni, GIANLUCA PINI, RONDINI, SALTAMARTINI e SIMONETTI. — *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

tra lunedì e mercoledì della scorsa settimana sembra si sia consumato un assalto speculativo alle banche italiane a causa di una lettera inviata dalla Banca centrale europea contenente la richiesta di un rafforzamento patrimoniale degli istituti di credito italiani che ha causato un pesante crollo in borsa dei titoli;

secondo la ricostruzione dei fatti da parte di fonti accreditate di stampa, già la domenica precedente si era già diffusa la notizia di un'indagine conoscitiva da parte della Banca centrale europea su alcune banche italiane, in particolare sulle loro sofferenze che ammonterebbero a 201 miliardi;

l'indiscrezione ha subito causato il crollo immediato della borsa già all'apertura di lunedì, con perdite tra il 5 e l'8 per cento (soltanto Mps, la più colpita, è arrivata a cedere il 16 per cento); subito Banca d'Italia e il Ministero dell'economia e delle finanze hanno chiesto spiegazione alla Banca centrale europea, ma non è

arriva nessuna chiarificazione, mentre il crollo prosegue e sei istituti italiani (Mps, Carige, Banco Popolare, Bpm, Bper e Unicredit) confermano alla Consob di aver ricevuto questionari dal *Single Supervisory Mechanism* sulla gestione dei crediti *non performing*;

la suddetta informazione, però, non fa volgere al meglio la critica situazione delle borse che, anzi, il giorno seguente, martedì 19, non hanno visto alcun segno di miglioramento e nessun segno di certezza, fino a quando le agenzie non hanno battuto le parole di un portavoce della Banca centrale europea, di cui tra l'altro non si conosce il nome, che avrebbe dichiarato che si sarebbe trattato soltanto di « pratiche *standard* che hanno riguardato diversi istituti dell'eurozona »;

l'indiscrezione, così come le rassicurazioni della Consob, che ha fermato la vendita allo scoperto di Mps e Banco popolare, di Banca d'Italia, dell'Abi e del Ministro interrogato, che dichiara « nessuna preoccupazione », non saranno però sufficienti e la borsa continuerà ad andare a picco (con Mps a -14 per cento e Carige -11 per cento e un -4,8 per cento a Milano di mercoledì 20), fino all'intervento del Presidente della Banca centrale europea;

quest'ultimo, infatti, ha spiegato come ci sia stata « un'errata interpretazione » della lettera della Banca centrale europea, anzi « una percezione significativamente confusa » sulla comunicazione, poiché, effettivamente, la stessa lettera: « è stata fatta non solo alle banche italiane ma a un certo numero di banche dell'eurozona »; ha poi continuato: « La Banca centrale europea vuole solo sapere come gestiscono i *non performing loans* così da arrivare a individuare una *best practice*, cioè una richiesta sul processo di gestione dei crediti deteriorati. Non è una iniziativa che pressa le banche ad agire urgentemente con gli npl, che sappiamo richiedono anni di tempo »; conclude, poi, dicendo come ci sia stata « molta confusione »;

dal canto suo, nella stessa giornata di mercoledì, il Ministro interrogato ha chia-

ramente espresso il suo dissenso circa la « gestione della comunicazione poco accorta » e, indirizzandosi al *Single Supervisory Mechanism*, ha continuato asserendo che « bisogna essere molto cauti a mandare fuori informazioni a dare segnali »;

in ogni modo, però, il risultato è stata la forte penalizzazione delle banche italiane rispetto a quelle degli altri Paesi dell'eurozona che, allo stesso modo, hanno ricevuto il questionario;

simile trattamento di sfavore nei confronti dell'Italia è stato tenuto anche per quanto riguarda la questione delle banche poste in risoluzione in cui, per esempio, nel caso della banca portoghese Banif, la Commissione europea, nel suo annuncio, non ha specificato i valori di conferimento dei crediti in sofferenza; al contrario, nel caso delle quattro banche italiane poste in risoluzione, non soltanto la Commissione, ma anche Governo e Banca d'Italia, hanno dichiarato che il valore medio degli npl conferiti alla *bad bank* fosse di 18 centesimi, su una media di 40 centesimi —:

se il Ministro interrogato non ritenga opportuno chiarire il significato dell'affermazione rivolta al *Single Supervisory Mechanism* circa la « gestione poco accorta » e cosa abbia causato l'errata interpretazione della lettera della Banca centrale europea, secondo quanto dichiarato dal Presidente della Banca centrale europea medesima, e se non ci sia stata, piuttosto, una sorta di « trattativa » tra Governo e Commissione europea sulla situazione degli istituti di credito italiani. (3-01963)

Iniziativa per il contrasto all'evasione fiscale — 3-01964

PICCONE. — *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

un elemento che ostacola la crescita del nostro Paese è l'evasione fiscale. Secondo un recente studio di Confindustria

l'evasione fiscale in Italia ammonta a 122 miliardi di euro, ovvero al 7,5 per cento del prodotto interno lordo;

lo stesso studio mette in evidenza come dimezzando l'evasione fiscale si potrebbero creare oltre 300 mila posti di lavoro;

il fenomeno dell'evasione fiscale ha assunto in Italia, quindi, dimensioni molto ampie. Il Governo dovrebbe intervenire con politiche fiscali idonee a concretizzare azioni efficaci per contrastare tale fenomeno che agisce con gravi effetti negativi sulla crescita economico-sociale del nostro Paese;

è comunque da sottolineare come il Governo abbia agito con determinazione nel contrasto all'evasione fiscale: il 2015, infatti, rappresenterà l'anno record per la lotta all'evasione fiscale con un gettito che supererà i 14,2 miliardi di euro del 2014 —:

quali iniziative intenda adottare per contrastare in modo ancora più efficace l'evasione fiscale, semplificando nello stesso tempo il sistema fiscale del nostro Paese. (3-01964)

Iniziative di competenza per garantire maggiore controllo sui trasferimenti di denaro contante dall'Italia verso l'estero — 3-01965

RAMPELLI, CIRIELLI, LA RUSSA, MAIETTA, GIORGIA MELONI, NASTRI, TAGLIALATELA e TOTARO. — *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

ogni anno gli immigrati che vivono nel territorio nazionale trasferiscono somme di denaro dall'Italia ai propri Paesi di origine;

le rimesse degli immigrati sono regolate in denaro contante tramite istituti di pagamento o altri intermediari autoriz-

zati senza transitare su conti di pagamento intestati all'ordinante o al beneficiario;

secondo i dati pubblicati dalla Banca d'Italia e aggiornati al 30 settembre 2015, le somme maggiori sono destinate alla Romania, con oltre sette miliardi di euro di trasferimenti all'anno, alla Cina e al Bangladesh che ogni anno ricevono oltre cinque miliardi ciascuna, seguite dal Senegal e dalle Filippine con quasi tre miliardi ciascuna;

nel corso di un'audizione innanzi alle competenti Commissioni parlamentari, il vice direttore generale della Banca d'Italia ha chiesto un regime di controlli più severi per quanto attiene ai *money transfer*, che, come emerso da numerose inchieste, non di rado vengono utilizzati per trasferire ingenti somme di denaro riciclato;

le disposizioni che regolano l'attività di questo tipo di strutture hanno evidenziato negli anni numerose lacune, che permettono a parte degli immigrati di aggirare le regole sui trasferimento di denaro, soprattutto sotto il profilo dei costi dovuti per le singole operazioni;

l'innalzamento del livello di guardia per quanto concerne i rischi connessi al terrorismo internazionale impongono un'attenzione ancora maggiore ai trasferimenti di denaro da e per l'estero —:

quali iniziative di competenza intenda adottare per garantire maggiore controllo sui trasferimenti di denaro contante dall'Italia verso l'estero. (3-01965)

Elementi ed iniziative di competenza in relazione a recenti sentenze della Corte costituzionale che hanno sancito l'incostituzionalità di disposizioni contenute nel decreto-legge cosiddetto « Sblocca Italia » — 3-01966

SCOTTO, AIRAUDO, FRANCO BORDO, COSTANTINO, D'ATTORRE, DURANTI, DANIELE FARINA, FASSINA, FAVA, FERRARA, FOLINO, FRATOIANNI, CARLO GALLI, GIANCARLO GIORDANO,

GREGORI, KRONBICHLER, MARCON, MELILLA, NICCHI, PAGLIA, PALAZZOTTO, PANNARALE, PELLEGRINO, PIRAS, PLACIDO, QUARANTA, RICCIATTI, SANNICANDRO, ZARATTI e ZACCAGNINI. — *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.* — Per sapere — premesso che:

con sentenza n. 7 del 2016 la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionali le norme del decreto-legge «Sblocca Italia» varate per far ripartire cantieri e opere pubbliche ma che non prevedono il coinvolgimento delle regioni (nel caso specifico della Puglia): si parla di progetti e piani di ammodernamento per la rete ferroviaria e contratti di programma tra Enac e i gestori degli aeroporti. Si pone la questione della divisione di competenze (e quindi di potere decisionale) tra Stato e regioni. La citata sentenza numero 7, depositata di recente, con la quale la Corte costituzionale ha accolto un'istanza presentata nel gennaio del 2015, quando Governatore era ancora il *leader* di Sel Nichi Vendola, dà ragione alla Puglia. Le norme impugnate sono contenute nell'articolo 1 dello «Sblocca Italia» e riguardano, tra le altre cose, provvedimenti per far ripartire i cantieri sulla tratta ferroviaria Napoli-Bari e misure urgenti per gli aeroporti di interesse nazionale. Su questi aspetti, secondo la Corte costituzionale, la regione Puglia non è stata coinvolta abbastanza. La reazione dell'attuale presidente della regione Michele Emiliano, è stata tempestiva parlando di «un'altra notizia bomba» dopo il recente via libera al *referendum* sulle trivelle. Soddisfazione ha espresso anche il *leader* di Sel Nichi Vendola che ha detto: «Sono orgoglioso di aver messo la mia firma su quel ricorso contro una legge sbagliata e autoritaria». Secondo Vendola la sentenza rappresenta «un duro colpo alle pretese del Governo Renzi di mettere la museruola alle comunità locali»;

il ricorso venne presentato un anno fa. La regione sollevava la questione di legittimità costituzionale ritenendo che fossero stati violati gli articoli 117 e 118 della Costituzione sul riparto delle com-

petenze tra Stato e regioni. Sono stati così impugnati una serie di commi dell'articolo 1 del decreto-legge del 2014. Tre i principali nodi. Il decreto-legge «Sblocca Italia» stabiliva che l'amministratore delegato di Ferrovie dello Stato fosse nominato commissario per la realizzazione delle Napoli-Bari e che al commissario sarebbe spettato il potere di approvare le opere. Al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, poi, era affidato il compito di redigere il piano di ammodernamento dell'infrastruttura ferroviaria per individuare le linee su cui intervenire con opere di interesse pubblico nazionale o europeo. Sono state impuginate, infine, le misure che fissavano termini per accelerare i tempi concessi ai Ministeri delle infrastrutture e dei trasporti e dell'economia e delle finanze per esprimersi sugli investimenti previsti dai contratti di programma tra l'Enac e i gestori degli scali aeroportuali di interesse nazionale;

«Secondo la Regione — si legge nel testo della Corte costituzionale — sulla base della giurisprudenza di questa Corte a partire dalla sentenza 303 del 2003, nell'ambito di tali materie sarebbe preclusa allo Stato l'allocazione a livello centrale delle funzioni amministrative, se non mediante una chiamata in sussidiarietà e nel rispetto delle garanzie partecipative previste a tal fine a favore delle Regioni interessate». Nel ricorso è stato sottolineato che nei commi 2 e 4 dell'articolo 1 tali garanzie non sarebbero osservate, «perché la Regione può intervenire nella fase di approvazione e di esecuzione dei progetti — recita il testo — solo in sede di conferenza di servizi». L'ente aveva precisato «di non contestare la chiamata in sussidiarietà in sé dello Stato, ma la mancata previsione dell'intesa». Il Presidente del Consiglio dei ministri si è costituito in giudizio e ha chiesto che il ricorso fosse rigettato. La difesa ha sottolineato il carattere nazionale e strategico di tutti gli interventi oggetto delle norme impugnate che «permetterebbe di escludere la necessità di un coinvolgimento regionale»;

la Corte costituzionale ha ritenuto fondate tutte e tre le questioni poste, ritenendo che le misure del decreto-legge « Sblocca-Italia » impugnate vadano ora sanate. La Corte costituzionale ha così disposto che si arrivi all'approvazione dei progetti d'intesa con la regione interessata, procedendo al varo del piano per ammodernare le infrastrutture insieme alla Conferenza Stato-regioni, e che l'ente debba esprimersi anche in merito ai contratti di programma tra Enac e gestori degli aeroporti. In particolare la Corte costituzionale ha sposato il ricorso presentato dalla Puglia, nella parte in cui sostiene che la conferenza di servizi che il commissario convoca entro 15 giorni dall'approvazione dei progetti non sarebbe bastata per far valere la propria voce. Questo perché « il motivato dissenso della Regione attiva le procedure concertative previste dalla legge 241 del 7 agosto 1990 solo per profili inerenti alla tutela ambientale, paesaggistico-territoriale o del patrimonio storico-artistico, ovvero alla tutela della salute e della pubblica incolumità ». Quindi il dissenso regionale avrebbe avuto rilevanza solo in casi specifici. Secondo la Corte costituzionale « per conseguire la codeterminazione dell'atto, la Regione deve essere posta su un piano paritario con lo Stato, con riguardo all'intero fascio di interessi regionali su cui impatta la funzione am-

ministrativa ». La Corte costituzionale non boccia affatto nell'approvazione dei progetti « la chiamata in sussidiarietà della funzione amministrativa, che non è in sé oggetto di censura », ma ritiene che « debba accompagnarsi a garanzie partecipative a favore del sistema regionale, in ragione delle competenze che ad esso spettano »;

la Corte costituzionale recentissimamente ha anche dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 29, comma 1, del decreto-legge « Sblocca Italia » nella parte in cui non prevede che il piano strategico nazionale della portualità e della logistica sia adottato in sede di Conferenza Stato-regioni (sentenza n. 261 del 2015) —:

quali elementi il Ministro interrogato, per quanto di competenza, intenda fornire al Parlamento su quanto esposto in premessa, con particolare riferimento ai recenti e reiterati casi di sentenze della Corte costituzionale che hanno giudicato incostituzionali più norme contenute nel decreto-legge cosiddetto « Sblocca Italia », sottolineando quali iniziative il Governo intenda adottare per evitare in via preventiva l'introduzione di disposizioni contenute in decreti-legge che finiscono per rivelarsi in palese contrasto con i principi costituzionali. (3-01966)

*Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S.p.A.*

€ 4,60



17ALA0005560