



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 6

*N.B. I resoconti stenografici per l'esame dei documenti di bilancio seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA**

184<sup>a</sup> seduta: (2<sup>a</sup> pomeridiana) giovedì 4 dicembre 2014

Presidenza della presidente DE BIASI

**I N D I C E****DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA**

**(1699-1699-bis) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015 e bilancio pluriennale per il triennio 2015-2017 e relativa Nota di variazioni**, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabelle 14 e 14-bis)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2015 e per il triennio 2015-2017

**(1698) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)**, approvato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . Pag. 3, 13  
BIANCO (PD), relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità . . . . . 3

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Libertà e Autonomia-noi SUD, Movimento per le Autonomie, Nuovo PSI, Popolari per l'Italia): GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Nuovo Centrodestra: NCD; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Per l'Italia: PI; Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Misto: Misto; Misto-Italia Lavori in Corso: Misto-ILC; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Ecologia e Libertà: Misto-SEL.

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16,35.*

#### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

**(1699-1699-bis)** *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015 e bilancio pluriennale per il triennio 2015-2017 e relativa Nota di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabella 14 e 14-bis)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2015 e per il triennio 2015-2017

**(1698)** *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1699 e 1699-bis (tabelle 14 e 14-bis) e 1698, già approvati dalla Camera dei deputati.

Ringrazio il sottosegretario De Filippo per la presenza. Il Governo sarà quest'oggi rappresentato dal sottosegretario De Filippo poiché la signora ministro Beatrice Lorenzin è nell'impossibilità di partecipare alla seduta in ragione di concomitanti e non differibili impegni istituzionali.

Prego il relatore Bianco di riferire sui disegni di legge in titolo.

BIANCO, *relatore sulle tabelle 14 e 14-bis e sulle parti corrispondenti del disegno di legge di stabilità*. Signora Presidente, il provvedimento è molto complesso, così come la parte di stretta competenza della 12<sup>a</sup> Commissione. Ho predisposto, ovviamente con il determinante ausilio degli uffici della Commissione, una bozza di relazione tecnica, che evidenzia i punti qualificanti di nostro interesse. Li leggerò velocemente e, se i colleghi commissari convengono, darò per lette alcune parti, avendo comunque distribuito la bozza di relazione, dando ad ognuno il modo e il tempo di maturare su questa ulteriori considerazioni che saranno, poi, oggetto del dibattito e del confronto successivi.

Con riferimento ai disegni di legge di finanza pubblica in oggetto, si segnalano, in primo luogo, i commi da 224 a 257 dell'articolo 2 del disegno di legge di stabilità, i quali recepiscono i punti qualificanti dell'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sancita il 10 luglio 2014 dalla relativa Conferenza permanente.

In particolare, mentre il comma 224 si limita ad un'introduzione sul contenuto complessivo dei successivi commi (che invece sono più anali-

tici) da 225 a 257. In particolare, il comma 225 fissa il livello di finanziamento statale del Servizio sanitario nazionale per il biennio 2015-2016 nei seguenti termini (identici a quelli previsti nel Patto per la salute): 112.062.000.000 euro per il 2015; 115.444.000.000 euro per il 2016.

Tali risorse possono, tuttavia, essere rideterminate in relazione all'attuazione della novella di cui al comma 141 del presente articolo 2, novella (anch'essa presente nel Patto per la salute) concernente i vincoli generali di risparmio delle Regioni.

Il comma 226 conferma il principio secondo il quale gli eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale, conseguiti dalle Regioni, rimangono nelle disponibilità delle Regioni stesse vincolati a finalità sanitarie; si fa ovviamente salvo il rispetto delle norme sulle Regioni sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario.

I commi 227 e 228 prevedono che: le quote del finanziamento del Servizio sanitario nazionale vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale possano essere impiegate dalle Regioni anche per conseguire gli obiettivi definiti dal Patto per la salute, purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; le Regioni sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario individuino i progetti di carattere prioritario – inerenti, come detto, al Piano sanitario nazionale o al Patto per la salute – in coerenza con gli obiettivi dei programmi operativi del piano di rientro. Vi è quindi una doppia corsia: una per le Regioni in pareggio e una per quelle in piano di rientro.

In base al comma 229, a decorrere dal 2015, gli importi delle quote vincolate per hanseniani e loro familiari, AIDS, fibrosi cistica ed emersione dei lavoratori extracomunitari confluiscono nel riparto generale (tra le Regioni e le Province autonome) della quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* nazionale (cioè, della quota non vincolata al perseguimento di specifici obiettivi di carattere prioritario).

Ai sensi del successivo comma 230, le quote vincolate per il finanziamento delle borse di studio dei medici di medicina generale e per l'assistenza sanitaria in favore degli extracomunitari non iscritti al Servizio sanitario nazionale ed una quota non superiore a 41,317 milioni di euro annui delle risorse del fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario vengono ripartite annualmente all'atto del riparto ordinario. Tutte queste somme vincolate entrano a far parte del fondo indistinto e vengono erogate a prescindere dalle procedure che prima ne regolamentavano l'attribuzione alle Regioni per le finalità specifiche. Le modalità del riparto ovviamente sono le stesse con cui avviene il riparto *standard* del fondo indistinto del Servizio sanitario nazionale.

Riguardo alle quote vincolate per il finanziamento della sanità e medicina penitenziarie (ivi comprese le risorse per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), il comma 231 prevede che, dal 2015, il riparto delle stesse tenga conto di eventuali modifiche dei relativi criteri, individuate nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità pe-

nitenziaria ed approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

In base al comma 232, qualora i decreti di riparto per il 2014 non siano stati ancora perfezionati, i criteri e le modalità di riparto di cui ai precedenti commi da 229 a 231 si applicano anche per il medesimo anno 2014. È una norma di salvaguardia che, secondo me, testimonia il fatto che le risorse vincolate erano comunque soggette a procedure non di poco conto, tant'è vero che si prevede una norma di salvaguardia per il 2014.

Il comma 233 prevede che, nel settore sanitario, le Regioni e le Province autonome garantiscano – anche in sede di definizione del piano dei flussi di cassa prospettici – una programmabilità degli investimenti da effettuare nel proprio ambito territoriale, attraverso la predisposizione di piani annuali di investimento, accompagnati da un'adeguata analisi dei fabbisogni e della relativa sostenibilità economico-finanziaria complessiva. È una norma ordinamentale che definisce le caratteristiche per la definizione dei flussi di cassa, soprattutto in relazione agli investimenti.

Il comma 234 autorizza, per l'anno 2015, la spesa di 2 milioni di euro (iscritta nello stato di previsione del Ministero della salute), per l'avvio dell'implementazione dei flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza primaria.

Il comma 235 demanda, con esclusione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ad un accordo tra Governo e Regioni, da adottare previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, la definizione dei ruoli, delle competenze, delle relazioni professionali e delle responsabilità individuali e di *équipe* inerenti ai compiti, funzioni ed obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari, in riferimento al comma 22 del Patto per la salute.

Sono fatte salve le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia.

La novella di cui al comma 236 prevede che l'accertamento, da parte della Regione, del mancato conseguimento degli obiettivi di salute ed assistenziali costituisca grave inadempimento contrattuale per il direttore generale dell'azienda o ente del Servizio sanitario nazionale e comporti la decadenza automatica dello stesso. Fino ad ora i dirigenti cadevano solo per il mancato raggiungimento degli obiettivi economici.

In base al comma 237, il controllo del conseguimento, da parte del direttore generale, degli obiettivi di salute ed assistenziali rientra tra gli adempimenti al cui rispetto la disciplina vigente subordina l'attribuzione di una quota del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La verifica dell'adempimento è effettuata nell'ambito del Comitato paritetico permanente, cioè di quello che già insiste e che valuta la ripartizione delle cosiddette quote premiali, ma sono le quote residue del Fondo sanitario

nazionale non distribuite nella distribuzione *standard*, né previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

I commi da 238 a 242 concernono le Regioni sottoposte ai piani di rientro dal disavanzo sanitario.

I commi 238 e 239 prevedono la nomina di un commissario *ad acta* per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro e che questo sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento. Si richiede, inoltre, che il commissario sia in possesso di un *curriculum* e di criteri che naturalmente sono specificati. Le suddette norme si applicano alle nomine effettuate – a qualunque titolo, ivi comprese quelle per la sostituzione di precedenti commissari *ad acta* (confronta la lettera *d*) del comma 238) – successivamente all'entrata in vigore della presente legge.

Il comma 240 prevede che i subcommissari svolgano attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di tutti o di taluni degli obiettivi affidati al commissario.

In base al comma 241, il commissario *ad acta*, qualora, in sede di verifica annuale dell'attuazione del piano di rientro, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano, come specificati nel contratto del direttore generale, propone, con provvedimento motivato, la decadenza dello stesso, del direttore amministrativo e di quello sanitario.

Il comma 242 prevede che – fermo restando il concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze – il Ministero della salute si avvalga anche del supporto tecnico-operativo dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali per l'attività di affiancamento delle Regioni sottoposte al piano di rientro.

I commi 243 e 244 riguardano i collegi sindacali delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 243 riduce da cinque a tre il numero dei membri del collegio sindacale, prevedendo che i relativi componenti siano designati uno dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.

Si ricorda che, nella normativa vigente, due membri sono designati dalla Regione, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze, uno dal Ministro della salute ed uno dalla Conferenza dei sindaci (per le aziende ospedaliere, quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei Comuni). La novella conferma che la durata del mandato è pari a tre anni.

Il comma 244 demanda ad un decreto del Ministro della salute, da emanarsi, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, la definizione dei nuovi requisiti per i componenti dei collegi sindacali, in modo da garantire elevati *standard* di qualificazione professionale.

I commi da 245 a 250 concernono l'obbligo per le Regioni e le Province autonome di adottare le disposizioni applicative della normativa di

riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali – come prefigurate dall’articolo 10, comma 1, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106 –, prevedendo il commissariamento degli Istituti in caso di superamento di alcuni termini temporali.

Il comma 251 aggiunge ulteriori disposizioni in materia di organizzazione del dipartimento di prevenzione dell’azienda sanitaria locale.

Il comma 252 riduce i termini temporali del blocco automatico del *turn over* del personale del Servizio sanitario regionale, blocco operante nei casi in cui i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario *ad acta* entro la data prevista (31 maggio dell’anno successivo a quello di riferimento). La novella prevede che il blocco duri solo fino all’anno successivo a quello in corso, anziché fino al secondo anno successivo, come da normativa vigente.

Il comma 253 estende al periodo 2016-2020 i vigenti parametri di contenimento della spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale e ridefinisce alcune modalità temporali di attuazione delle norme in materia. Ricordo che si fa riferimento, nello specifico, al monte retributivo 2004 diminuito dell’1,4 per cento.

Il comma 254 differisce dal 30 giugno 2013 al 31 dicembre 2015 il termine per la revisione straordinaria, da parte dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), del prontuario farmaceutico nazionale ed introduce, con riferimento a tale revisione, un riferimento esplicito ai criteri del costo-beneficio e dell’efficacia terapeutica ed allo strumento dei prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee.

Il comma 255 prevede la definizione, 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, delle modalità per l’attivazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza, per lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti incidenti che interessino dispositivi medici. L’attivazione della rete, analoga a quella dei farmaci, deve avvenire senza oneri per la finanza pubblica.

Il comma 256 demanda ad un decreto del Ministero della salute la definizione di alcuni profili (inerenti anche alle priorità ed alla classificazione) in materia di dispositivi medici, per garantire un’azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Servizio sanitario nazionale per il governo dei consumi degli stessi dispositivi, sulla base del principio costo-efficacia.

Il comma 257 prevede che l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) predisponga valutazioni di *Health Technology Assessment (HTA)*, intese ad individuare i percorsi farmaco-terapeutici in grado di garantire l’impiego efficiente e costo-efficace delle risorse disponibili (con particolare riguardo alla possibilità concreta di accesso, da parte di tutti i cittadini, ai medicinali innovativi o di eccezionale rilevanza terapeutica, che sono ormai dei veri e propri dispositivi bio-tecnici).

I successivi commi da 258 a 263 – inseriti dalla Camera – recano ulteriori norme in materia sanitaria.

Il comma 258 abroga la norma che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, esclude (fatta eccezione per le farmacie rurali sussidiate) la titolarità della direzione della farmacia privata per i farmacisti che abbiano conseguito il requisito di età pensionabile.

Si ricorda che, secondo l'interpretazione fornita dal Ministero della salute (in una nota dell'Ufficio legislativo del 21 marzo 2012), la norma suddetta si riferisce anche ai titolari in forma individuale di farmacia privata – oltre che alle società ed ai casi in cui la direzione sia esercitata da un altro farmacista in sostituzione temporanea (nelle ipotesi ammesse) del titolare individuale –.

Il comma 259 reca specifiche tariffe, al fine di assicurare maggiori entrate, per il rinnovo dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995, proroga dal 31 dicembre 2015 al 31 dicembre 2018 il termine di validità dell'attuale autorizzazione per i suddetti medicinali omeopatici e fissa al 30 giugno 2017 il termine per la domanda di rinnovo, secondo le procedure semplificate stabilite dalle norme vigenti, come integrate dal presente comma e dalla determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ivi prevista.

I commi 260 e 261 demandano ad un decreto del Ministro della salute, da emanarsi secondo la procedura ivi stabilita e con esclusione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, la definizione delle modalità per la produzione e la distribuzione in ambito ospedaliero, in via sperimentale per un biennio, di medicinali in forma monodose e delle modalità per il monitoraggio degli obiettivi finanziari raggiunti. Il decreto stabilisce altresì il periodo in cui è comunque ammessa – in parallelo alla sperimentazione suddetta nell'ambito ospedaliero – la prosecuzione della produzione e della commercializzazione delle confezioni pluridose.

I commi 262 e 263 riguardano le malattie infettive e diffuse.

Il comma 262, in primo luogo, reca un'autorizzazione di spesa pari a tre milioni di euro per il 2015 ed a 1,5 milioni annui a decorrere in modo stabile dal 2016, da iscriversi nello stato di previsione del Ministero della salute, ai fini del potenziamento delle attività di prevenzione e di contrasto delle malattie infettive e diffuse nel territorio nazionale, anche mediante l'acquisto di idonei dispositivi medici e presidi medico-chirurgici e la predisposizione di spazi adeguatamente allestiti per fronteggiare le emergenze sanitarie nonché mediante l'adeguamento delle conoscenze e della formazione del personale medico e sanitario.

In secondo luogo, si prevede che siano autorizzate anche in deroga alle norme vigenti, nel limite di sei mesi, le richieste di aspettativa da parte del personale medico o paramedico – vale la stessa riflessione, si-gnora Presidente – che intenda prestare la propria opera nei Paesi del continente africano attualmente interessati dal fenomeno del virus Ebola (ag-giungo io: presente da quarant'anni in quel continente).

Il comma 263 reca uno stanziamento in conto capitale, pari a 2 milioni di euro per il 2015 e ad 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2016 e 2017, per garantire l'avvio delle attività nell'unità per alto isola-



mento dell'Istituto nazionale per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani» di Roma. L'attribuzione di tali risorse all'Istituto è subordinata alla presentazione (da parte del medesimo) al Ministero della salute del piano di sviluppo dell'unità di alto isolamento ed all'approvazione del piano da parte della sezione ricerca del Comitato tecnico-sanitario del Ministero della salute.

Il successivo comma 266 modifica la norma che include tra gli adempimenti al cui rispetto è subordinata l'attribuzione di una quota del finanziamento del Servizio sanitario nazionale l'erogazione, da parte della Regione, al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90 per cento delle somme che la Regione incassa nel medesimo anno dallo Stato, a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del Servizio sanitario. È la cascata dei finanziamenti: dallo Stato alle Regioni, dalle Regioni ai bilanci regionali e da questi al bilancio della voce «Sanità regionale».

La novella in esame eleva quindi da 90 a 95 punti la suddetta misura percentuale ed inserisce la condizione che la restante quota sia erogata (al Servizio sanitario regionale) entro il 31 marzo dell'anno successivo. Questo per dare un quadro di riferimento stabile sulle risorse destinate alle attività dei rispettivi assessorati.

Con riguardo alle disposizioni dell'articolato del disegno di legge di stabilità inerenti direttamente al settore sanitario, occorre menzionare altresì il comma 102 dell'articolo 1, il quale prevede la destinazione, a decorrere dal 2015, nell'ambito delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, di una quota annua, pari a 50 milioni di euro, per la prevenzione, la cura e la riabilitazione relative alle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Il testo originario del disegno di legge (così modificato dalla Camera) faceva riferimento soltanto alla cura delle patologie summenzionate.

Alla ripartizione dell'importo si provvede annualmente, all'atto dell'assegnazione delle risorse spettanti alle Regioni ed alle Province autonome a titolo di finanziamento della quota indistinta – cioè, della quota non vincolata al perseguimento di specifici obiettivi (di carattere prioritario e di rilievo nazionale) – del fabbisogno sanitario *standard* regionale, secondo i criteri e le modalità previsti dalla legislazione vigente in materia di costi *standard*.

L'effettiva destinazione delle risorse per la finalità suddetta e lo svolgimento delle relative attività assistenziali rientrano tra gli adempimenti al cui rispetto la disciplina vigente subordina l'attribuzione di una quota del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La verifica di tale adempimento è effettuata nell'ambito del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 23 marzo 2005.

In base alle norme aggiunte dalla Camera: per la nozione di dipendenza da gioco d'azzardo si fa riferimento a quella adottata dall'Organiz-

zazione mondiale della sanità; una quota delle risorse in esame, nel limite di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinata alla sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di *software* che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento, generando conseguentemente appositi messaggi di allerta; il Ministro della salute, con decreto di natura regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, adotta linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). Potrebbe essere ritenuto opportuno valutare la congruità del riferimento alla natura regolamentare del decreto, a fronte della diffusa espressione «non regolamentare», per lo più usata in caso di intervento statale in materia potenzialmente di competenza concorrente, dove, com'è noto, spetta alle Regioni il potere di regolamentare; l'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e del fenomeno della dipendenza grave viene trasferito dall'Agenzia delle dogane e dei monopoli al Ministero della salute e si prevede una rideterminazione della composizione del medesimo organo.

Con riferimento ad altre norme dell'articolato del disegno di legge di stabilità, si segnala che: i commi da 95 a 99 dell'articolo 1 prevedono un assegno per i figli nati o adottati nel periodo 1° gennaio 2015 - 31 dicembre 2017; il successivo comma 100 riconosce, per il 2015, nel limite di 45 milioni di euro per il medesimo anno, al fine di contribuire alle spese per il mantenimento dei figli, buoni per l'acquisto di beni e servizi, in favore dei nuclei familiari con un numero di figli minori pari o superiore a quattro ed aventi una situazione economica corrispondente ad un valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a 8.500 euro annui; il comma 101 dello stesso articolo 1 istituisce nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un Fondo per interventi in favore della famiglia, con una dotazione pari a 108 milioni di euro per il 2015 (erano 298 milioni nel testo originario, così modificato dalla Camera). La Camera ha specificato che una quota pari a 100 milioni è riservata al rilancio del piano di sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, inteso al raggiungimento di determinati obiettivi di servizio, nelle more della definizione dei livelli essenziali delle relative prestazioni, ed una quota pari a 5 milioni è destinata al Fondo per l'efficientamento della filiera della produzione e dell'erogazione e per il finanziamento dei programmi nazionali di distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti nel territorio della Repubblica Italiana; il comma 117 incrementa il Fondo per la cosiddetta carta acquisti ordinaria, nella misura di 250 milioni di euro annui, a decorrere dal 2015; il comma 118 incrementa la dotazione del Fondo nazionale per le politiche sociali nella misura di 300 milioni di euro annui, a decorrere dal 2015 (tale cifra indica l'effettiva consistenza totale del Fondo, che altrimenti si sarebbe esaurito); il comma 119 incrementa la dotazione del Fondo per le non autosufficienze nella misura di 400 milioni per il 2015 (250 milioni nel testo originario, così modificato dalla Camera) e di 250 milioni annui

a decorrere dal 2016 (anche in questo caso «incrementa» significa «è»). Lo stanziamento è destinato anche agli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA); il comma 130 prevede l'attribuzione alle Regioni e alle Province autonome di un contributo, pari a 100 milioni di euro per il 2015, 200 milioni per il 2016, 289 milioni per il 2017 e 146 milioni per il 2018, per il rimborso di una quota degli oneri finanziari da essi sostenuti per la corresponsione di indennizzi previsti dalla legislazione statale vigente in favore di soggetti danneggiati in ambito sanitario; il comma 131 reca un'autorizzazione di spesa, ai fini della copertura finanziaria di una riforma del terzo settore e dell'impresa sociale e di una revisione della disciplina del Servizio civile universale. A tal fine, è previsto uno stanziamento pari a: 50 milioni di euro per il 2015; 140 milioni per il 2016; 190 milioni annui a decorrere dal 2017; il comma 54 dell'articolo 2 dispone la soppressione sia della norma che autorizza il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ad integrare la dotazione organica del personale ispettivo nella misura di duecentocinquanta unità (di cui duecento nel profilo di ispettore del lavoro di area II e cinquanta nel profilo di ispettore tecnico di area III), sia della norma che limita al personale in possesso di specifiche professionalità compatibili con quelle di ispettore del lavoro o di ispettore tecnico l'applicazione del meccanismo generale vigente di assegnazione alle pubbliche amministrazioni che intendano bandire il concorso del personale collocato in disponibilità;

Il successivo comma 55 dispone la soppressione delle prestazioni economiche accessorie (come quelle inerenti al soggiorno presso le strutture alberghiere), a carico dell'INPS e dell'INAIL, e relative agli aventi diritto ai regimi speciali di cure termali garantite dal Servizio sanitario nazionale.

Il comma 57 introduce, a decorrere dal 1° gennaio 2015, l'obbligo di segnalazione all'INPS, da parte del medico necroscopo, dell'accertamento del decesso di un soggetto. L'obbligo deve essere adempiuto entro 48 ore dall'evento, per via telematica, secondo le specifiche tecniche e le procedure già stabilite dalla normativa vigente ai fini della comunicazione dello stato di malattia dei lavoratori. In caso di violazione del suddetto obbligo, si applica una sanzione amministrativa pecuniaria da un minimo di 100 ad un massimo di 300 euro. Potrebbe essere ritenuto opportuno valutare i casi in cui sia impossibile rispettare il suddetto termine delle 48 ore dall'evento (in relazione, per esempio, al ritardo nella conoscenza del decesso medesimo); il comma 69 demanda ad un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanarsi secondo la procedura ivi stabilita, l'individuazione delle iniziative di elevata utilità sociale, valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL, da finanziare, a valere sulle risorse autorizzate nei suddetti piani, con l'impiego di quota parte delle somme detenute dal medesimo Istituto presso la Tesoreria centrale dello Stato; i commi 264 e 265 autorizzano una spesa in favore della Regione Molise, per il 2015, fino ad un massimo di 40 milioni di euro. L'autorizzazione di spesa è subordinata alla sottoscrizione di uno specifico Accordo tra lo Stato e le Regioni, concernente l'intervento straordinario per l'emergenza.

genza economico-finanziaria del Servizio sanitario della suddetta regione e per il riassetto della gestione dello stesso. L'erogazione della somma in favore della Regione Molise è subordinata all'effettiva attuazione dell'Accordo.

Passando ad un esame più specifico dello stato di previsione del Ministero della salute, si rileva che, mentre il disegno di legge di bilancio conferma, complessivamente, il livello tendenziale di spesa a legislazione vigente, gli elenchi e le tabelle del disegno di legge di stabilità recano le seguenti variazioni: l'allegato 6 (a cui fa rinvio l'articolo 2, comma 20) prevede una riduzione dei trasferimenti dal bilancio dello Stato agli enti ed organismi pubblici ivi elencati; riguardo ai trasferimenti inerenti allo stato di previsione del Ministero della salute, si fa qui rinvio alle riduzioni esposte a pag. 215 del presente atto Senato. n. 1698; l'elenco 3 (a cui fa rinvio l'articolo 2, comma 45) prevede una riduzione degli stanziamenti di alcune missioni e programmi di spesa; riguardo alle riduzioni inerenti allo stato di previsione del Ministero della salute, si fa qui rinvio a quelle esposte a pagina 236 del presente atto Senato n. 1698; la tabella C reca una riduzione del fondo per la ricerca sanitaria, riduzione pari a 17,20 milioni di euro per il 2015, a circa 16,85 milioni per il 2016 ed a circa 16,82 milioni annui a decorrere dal 2017; la tabella D reca una riduzione dello stanziamento relativo al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Centro istituito presso il Ministero della salute ed operante in via principale con riferimento alle malattie infettive e diffusive ed al bioterrorismo. Tale riduzione è pari a circa 2.283,8 migliaia di euro per il 2015 e a 2.000 migliaia di euro annui per gli esercizi successivi; dello stanziamento relativo alla sorveglianza delle malattie infettive e diffusive degli animali. Tale riduzione è pari a 4.500 migliaia di euro per il 2015 e a 4.000 migliaia di euro annui per gli esercizi successivi. Si segnala, inoltre, che la medesima tabella D reca una riduzione, nella misura di circa 424,8 migliaia di euro, dello stanziamento relativo al Comune di Campione d'Italia e relativo ai maggiori costi (i quali sono a carico del bilancio del suddetto Municipio) dell'assistenza sanitaria per i cittadini del medesimo Comune (tale stanziamento è iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'interno); la tabella E prevede un incremento delle risorse in favore degli interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica, incremento pari a 200 milioni di euro per il 2015, a 400 milioni per il 2016 ed a 1.200 milioni per il 2017 (tali risorse sono iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze).

Riguardo alle tabelle A e B del disegno di legge di stabilità, si ricorda che esse costituiscono due fondi, per le spese, rispettivamente di natura corrente e in conto capitale, derivanti dai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento. Gli accantonamenti dei due fondi sono articolati per Dicasteri, benché le risorse siano interamente iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze. La tabella A reca, per il Ministero della salute, un accantonamento pari a 5 milioni di euro per il 2015, a 6,5 milioni per il 2016 ed a 8,5 milioni annui a decorrere dal 2017 (mentre nel bilancio a

legislazione vigente non sussiste alcun accantonamento per il Ministero della salute). La relazione illustrativa del disegno di legge originario specifica che tale accantonamento è destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi relativi all'emergenza biologica a livello nazionale. La tabella B reca, per il Ministero della salute, un accantonamento pari a 6 milioni di euro per il 2015 ed a tre milioni annui a decorrere dal 2016 (mentre nel bilancio a legislazione vigente non sussiste alcun accantonamento per il Ministero della salute). Secondo la relazione illustrativa del disegno di legge originario, tale accantonamento è destinato ad interventi diversi.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 17,15.*





