

XVI LEGISLATURA

IGIENE E SANITA' (12^a)

MARTEDÌ 23 OTTOBRE 2012

376^a Seduta

Presidenza del Presidente

TOMASSINI

indi del Vice Presidente

BOSONE

indi del Presidente

TOMASSINI

*Interviene il ministro della salute Balduzzi.**La seduta inizia alle ore 15,20.*

IN SEDE REFERENTE

(3534) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, approvato dalla Camera dei deputati

(Esame e rinvio)

I relatori, **SACCOMANNO** (PdL) e **BOSONE** (PD), illustrano il disegno di legge in titolo, il quale - approvato con modifiche ed integrazioni dalla Camera dei deputati - reca un complesso di misure nel settore sanitario.

L'articolo 1 concerne, in primo luogo, il riordino dell'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria, prevedendo che le regioni ridefiniscano tale organizzazione mediante il ricorso a forme organizzative sia monoprofessionali sia multiprofessionali. Le prime sono denominate - da parte delle norme in esame - aggregazioni funzionali territoriali; esse condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le seconde sono denominate unità complesse di cure primarie; esse erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenuto conto - come specificato dalla Camera - della peculiarità delle aree territoriali, quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa ed isole minori.

La riorganizzazione deve essere volta a garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. In particolare, per le unità complesse di cure primarie, le regioni privilegiano la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operino in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le forme monoprofessionali e multiprofessionali summenzionate erogano l'assistenza primaria attraverso il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali). Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza. La Camera ha così riformulato il riferimento al personale dipendente del Servizio sanitario nazionale - riferimento che, nel testo originario del decreto-legge, era tra l'altro limitato alle sole forme multiprofessionali.

In base alle norme in esame, gli accordi collettivi nazionali relativi al personale convenzionato summenzionato devono prevedere l'adozione delle forme suddette nonché definire gli altri contenuti individuati dall'articolo 1 - tra cui, l'istituzione del ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale (fermo restando che le graduatorie sono redatte a livello regionale); la definizione dei compiti, delle funzioni e dei criteri di selezione del referente o del

coordinatore delle forme organizzative summenzionate; la possibilità per le aziende del Servizio sanitario nazionale (fattispecie introdotta dalla Camera) di stipulare accordi con le medesime forme organizzative per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità ed in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale -.

La Camera ha introdotto specifici termini temporali per l'adeguamento degli accordi collettivi nazionali e per la stipulazione - senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica - dei relativi accordi regionali attuativi; in caso di mancato rispetto del termine temporale per l'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, si provvede in via transitoria con decreto del Ministro della salute, emanato secondo la procedura di cui al comma 7.

Un comma inserito dalla Camera (comma 5) prevede che, nell'ambito del patto della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, vengano definiti modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso le aziende del Servizio sanitario nazionale e presso i servizi della medicina convenzionata.

Il successivo comma 8 concerne la mobilità del personale dipendente dalle aziende del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 2 riguarda l'attività libero professionale intramuraria. Si stabilisce al 31 dicembre 2012 (30 novembre 2012 nel testo originario, così modificato dalla Camera) il termine per la ricognizione straordinaria degli spazi da dedicare all'attività suddetta. Gli spazi ambulatoriali potranno essere acquisiti anche tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici. Entro il 31 marzo 2013 dovrà essere attivata un'infrastruttura di rete per il collegamento in voce o in dati - il testo originario, così modificato dalla Camera, faceva riferimento ad un collegamento "telematico" -. Il pagamento di tutte le prestazioni dovrà essere corrisposto al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale mediante mezzi che assicurino la tracciabilità. Le regioni e le province autonome possono autorizzare, limitatamente alle aziende sanitarie nelle quali risultino non disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale, l'adozione di un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e l'azienda di appartenenza. Entro il 28 febbraio 2015, la regione o la provincia autonoma interessata provvede alla verifica del programma sperimentale summenzionato; in caso di verifica positiva, la regione può consentire in via permanente ed ordinaria, limitatamente allo specifico ente o azienda del Servizio sanitario regionale ove si sia svolto il programma sperimentale, lo svolgimento dell'attività intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete.

L'articolo 2 in esame reca anche norme sugli importi a carico dell'assistito (per l'attività intramuraria) e sulla destinazione delle medesime somme.

L'articolo 2-bis - inserito dalla Camera - prevede l'istituzione di una Commissione per la formulazione di proposte sull'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle strutture sanitarie accreditate che erogano, in base ad accordi e contratti, assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale. Si definisce anche la procedura per l'eventuale aggiornamento delle medesime tariffe, in relazione alle proposte della Commissione.

L'articolo 3 concerne la responsabilità degli esercenti professioni sanitarie. Il comma 1 - nel testo riformulato dalla Camera - esclude la responsabilità penale per i casi di colpa lieve, a condizione che, nello svolgimento dell'attività, il soggetto si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Il medesimo comma fa salva, invece, la responsabilità civile - che viene dalla norma in esame ricondotta nell'ambito della cosiddetta responsabilità extracontrattuale -. Si prevede, tuttavia, che, nella determinazione della misura del risarcimento del danno, il giudice tenga debitamente conto dell'eventuale conformità dell'operato alle linee guida e buone pratiche summenzionate.

Il comma 2 demanda ad un regolamento governativo, adottato secondo la procedura definita dal medesimo comma 2 e dal primo periodo del comma 4, la disciplina di alcuni profili dei contratti assicurativi contro la responsabilità civile (per gli esercenti professioni sanitarie). Il regolamento deve prevedere: l'istituzione di un fondo per garantire idonea copertura assicurativa per alcuni casi, individuati sulla base di definite categorie di rischio professionale; l'obbligo di inserire nei contratti di assicurazione clausole che dispongano, alla scadenza, la variazione in aumento o in diminuzione del premio, in relazione al verificarsi o meno di sinistri; la limitazione della possibilità di disdetta della polizza (da parte dell'impresa assicuratrice) al caso di reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario - accertata, come aggiunto dalla Camera, con sentenza definitiva -. In ogni caso,

ai sensi del secondo periodo del comma 4, è esclusa, a carico degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista (per il relativo personale) dalla normativa contrattuale vigente.

Il comma 3 concerne la determinazione del danno biologico, eventualmente conseguente all'attività degli esercenti professioni sanitarie.

Il comma 5 reca norme - con riferimento all'area sanitaria - sulla redazione e l'aggiornamento degli albi dei consulenti tecnici del giudice civile.

L'articolo 3-*bis* - inserito dalla Camera - prevede che, al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, provvedano ad analisi e studi in materia ed adottino le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico.

L'articolo 4 reca alcune norme in materia di dirigenza sanitaria e governo clinico. Si segnala, in primo luogo, la nuova disciplina sui criteri, i requisiti e la procedura per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere (comma 1, lettera *a*). Le novelle prevedono che la nomina (da parte della regione) avvenga nell'ambito di elenchi di idonei, redatti a livello regionale - si può attingere anche ad un nominativo inserito nell'elenco di idonei di un'altra regione -. Gli elenchi sono redatti mediante avviso pubblico e successiva selezione da parte di una commissione, costituita dalla regione in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti (di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali).

In base ad una modifica operata dalla Camera (alla lettera *b*) del comma 1), si prevede che le regioni concordino, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per la valutazione dell'attività dei direttori generali.

Una novella inserita dalla Camera (lettera *b-bis*) del comma 1) stabilisce che il direttore del dipartimento di prevenzione (delle aziende sanitarie locali) può essere scelto da parte del direttore generale esclusivamente tra i direttori di struttura complessa del dipartimento medesimo, aventi almeno cinque anni di anzianità nella funzione - mentre la norma vigente fa riferimento ai dirigenti del medesimo dipartimento di prevenzione (aventi il requisito summenzionato di cinque anni di anzianità nella funzione) -.

Inoltre, si modifica la disciplina sulle valutazioni dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale (lettera *c*) del comma 1) - tra l'altro, una riformulazione operata dalla Camera prevede che la verifica sia annuale - e si pone (lettera *d*)) una nuova normativa per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa. Quest'ultima prevede: la selezione di una terna di candidati idonei, da parte di una commissione, composta da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale, nonché dal direttore sanitario dell'azienda interessata (quest'ultimo componente è stato inserito dalla Camera); la nomina, da parte del direttore generale, nell'ambito della suddetta terna, con obbligo di motivazione per l'ipotesi in cui s'intenda nominare uno dei due candidati aventi punteggio inferiore.

Le novelle definiscono altresì criteri, requisiti e procedure per il conferimento degli incarichi di struttura semplice (lettera *d*)), capoverso 7-*quater*) e modificano i limiti numerici per alcuni contratti di lavoro subordinato a termine, relativi a determinati incarichi dirigenziali (lettere *e-bis*) ed *e-ter*)).

Si modifica, inoltre, la disciplina del collegio di direzione (nell'ambito dell'ente o azienda del Servizio sanitario regionale) (lettera *f*). I commi 2 e 3 dello stesso articolo 4 recano norme transitorie, con riferimento ad alcune delle novelle di cui al precedente comma 1. Il comma 4 - inserito dalla Camera - prevede che ogni regione promuova, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali sanitarie e della loro qualità. Il comma 5 - anch'esso introdotto dalla Camera - esclude i contratti a tempo determinato del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi quelli dei dirigenti, dall'ambito di applicazione della disciplina generale sui contratti di lavoro subordinato a termine (di cui al decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, e successive modificazioni).

L'articolo 4-*bis* - inserito dalla Camera - prevede la possibilità di una parziale disapplicazione del blocco delle assunzioni del personale nel servizio sanitario regionale, con riferimento alle regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari e nelle quali sia operante, per l'anno 2012, il blocco summenzionato.

L'articolo 5 prevede un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, con particolare riferimento ad una nuova ricognizione delle malattie croniche e di quelle rare, nonché alle persone

affette da ludopatia. Il comma 2-*bis* - inserito dalla Camera - dispone un aggiornamento del nomenclatore tariffario relativo alle prestazioni di assistenza protesica, erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 6 reca diverse misure in materia di edilizia sanitaria, per sviluppare il coinvolgimento del capitale privato nei lavori di ristrutturazione e di realizzazione di strutture ospedaliere, per semplificare l'applicazione della normativa antincendio alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, e per accelerare l'impiego delle risorse per la realizzazione di strutture di accoglienza ai fini del definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. In questo ultimo caso, vengono anche consentite alcune deroghe alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi in materia di edilizia sanitaria e - in base ad una norma inserita dalla Camera - si prevede che i programmi regionali debbano consentire la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali.

L'articolo 6-*bis* - inserito dalla Camera - concerne, al comma 1, l'impiego di plusvalenze derivanti da determinate fattispecie di vendita di immobili da parte delle regioni. Il comma 2 estende fino al 31 dicembre 2013 il divieto di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario e commissariate ed estingue di diritto i pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni summenzionate alle aziende sanitarie locali ed ospedaliere.

I commi da 1 a 3 dell'articolo 7 prevedono, con decorrenza dal 1° gennaio 2013, il divieto di vendita di prodotti del tabacco per tutti i minorenni - anziché, come nella disciplina finora vigente, per i minori di anni 16 -. I commi 3-*bis* e 3-*ter* - inseriti dalla Camera - dispongono un'omologa estensione dell'ambito soggettivo per il divieto di vendita di bevande alcoliche.

Il comma 3-*quater* - anch'esso introdotto dalla Camera - vieta la messa a disposizione, presso qualsiasi pubblico esercizio, di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsiasi titolo concessorio od autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità. I commi 4, 4-*bis* (inserito dalla Camera), 5, 6 e 7 recano norme restrittive in materia di pubblicità e di formule di avvertimento relative ai giochi. Il comma 5-*bis* - introdotto dalla Camera - prevede che il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca segnali agli istituti di istruzione primaria e secondaria la valenza educativa del tema del gioco responsabile. I commi 8 e 9 recano alcune norme di divieti e di controlli in materia di gioco minorile. Il comma 10 prevede una progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta di alcuni giochi, con riferimento ai punti prossimi a: istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie ed ospedaliere, luoghi di culto.

Il comma 11 prevede che, con decreto ministeriale, si disciplini l'obbligo di idonea certificazione medica per i cittadini che praticino un'attività sportiva non agonistica o amatoriale e si definiscano linee guida per lo svolgimento di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.

L'articolo 8 reca norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande. Tra le varie disposizioni, si segnala che: viene attribuita alle regioni, alle province autonome ed alle aziende sanitarie locali la funzione di riconoscimento degli stabilimenti di produzione e confezionamento e viene attribuita al Ministero della salute la facoltà di compiere verifiche ispettive; sono stabiliti alcuni obblighi e divieti, riguardanti il commercio e la somministrazione di pesce, di latte crudo e di crema cruda; riguardo alle bibite analcoliche vendute con il nome di uno o più frutta a succo - o recanti denominazioni che si richiamino alla frutta a succo -, si eleva dal 12 per cento al 20 per cento il livello minimo di succo naturale, fatte salve le norme transitorie e finali di cui al comma 16-*ter*, inserito dalla Camera.

L'articolo 9 reca norme in materia di emergenze veterinarie. Il comma 1 dell'articolo 10 novella alcune specifiche norme in materia di farmaci, mentre i commi da 2 a 6 concernono: la disponibilità, per gli assistiti, a carico del Servizio sanitario nazionale, dei medicinali che risultino possedere il requisito dell'innovatività terapeutica; la revisione dei prontuari terapeutici ospedalieri e degli altri analoghi strumenti regionali; l'istituzione di un tavolo permanente di monitoraggio dei suddetti prontuari e strumenti.

Il comma 1 dell'articolo 11 prevede una revisione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale, al fine di escludere dalla rimborsabilità (a carico del Servizio sanitario nazionale) i farmaci terapeuticamente superati. Lo stesso comma pone, inoltre, una norma a regime, in base alla quale ogni revisione del prontuario in esame può includere nell'ambito della rimborsabilità i medicinali equivalenti a quelli in scadenza di brevetto o di certificato di protezione complementare con effetto non anteriore alla scadenza medesima. La Camera ha soppresso nello stesso articolo 11

alcune norme, concernenti i medicinali la cui efficacia non risultasse sufficientemente dimostrata o che non soddisfacessero il criterio di economicità, i farmaci che costituiscano un'alternativa terapeutica a medicinali già autorizzati, nonché i dosaggi da parte delle farmacie ospedaliere. Il comma 2 riguarda una fattispecie di proseguimento transitorio della rimborsabilità, successivo all'esclusione del medicinale dalla relativa classe. Il comma 5 riguarda la sperimentazione di sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali.

L'articolo 11-*bis* - inserito dalla Camera - prevede che, in caso di condanna con sentenza di primo grado per il reato di truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale, l'autorizzazione all'esercizio della farmacia non possa essere trasferita per atto tra vivi fino alla conclusione del procedimento penale (a séguito di sentenza definitiva).

L'articolo 12 concerne alcune procedure relative ai medicinali. Si segnala, tra l'altro, che: la domanda di inserimento del farmaco tra quelli rimborsabili (a carico del Servizio sanitario nazionale) è istruita - in base al comma 1 - contestualmente alla contrattazione del relativo prezzo; la domanda in esame - ai sensi del comma 2 - può essere presentata soltanto dopo il conseguimento dell'autorizzazione all'immissione in commercio, tranne le eccezioni individuate dal comma 3; si definiscono, al comma 6, alcune fattispecie di automatico collocamento (senza contrattazione del prezzo) di un farmaco generico o biosimilare nella classe di rimborso a cui appartenga il medicinale di riferimento; si esclude che, in caso di estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale, esso possa essere prescritto per le nuove indicazioni con rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale prima o senza il contestuale espletamento delle procedure di cui al comma 7; il comma 8 pone una novella intesa ad accelerare la stipula di convenzioni (da parte delle regioni, singole o in consorzio tra di esse) con i centri e le aziende per la lavorazione del plasma raccolto in Italia; si pongono - ai commi da 9 a 12 - alcune norme, soprattutto di natura amministrativa ed organizzativa, in materia di sperimentazioni cliniche sull'uomo di medicinali.

L'articolo 13 concerne: i medicinali omeopatici, anche veterinari (in particolare, per le procedure di registrazione o di autorizzazione) (commi 1 e 3); l'aggiornamento delle tariffe e dei diritti annuali dovuti nel settore farmaceutico (comma 2); gli adempimenti riguardanti la macellazione degli animali (comma 4); alcune particolari fattispecie di somministrazione dei medicinali veterinari (comma 4-*bis*, inserito dalla Camera).

L'articolo 14 reca norme relative a: la società consortile "Consorzio anagrafi animali", che viene soppressa (comma 1); l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) (commi da 2 a 7); la contribuzione obbligatoria in favore della Fondazione ONAOSI per determinati periodi pregressi (commi 8 e 9); i requisiti e la procedura per il riconoscimento e la conferma, per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (sia di diritto pubblico sia di diritto privato), l'individuazione di criteri di classificazione dei medesimi Istituti (anche ai fini del loro inserimento nella rete di attività di ricerca) e la determinazione delle modalità per lo svolgimento dell'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale (commi da 9-*bis* a 12; i commi 9-*bis*, 9-*ter* e 10-*bis* sono stati inseriti dalla Camera).

Il comma 1 dell'articolo 15 opera una revisione della disciplina sul trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza sanitaria del personale navigante (marittimo e dell'aviazione civile). Il comma 2 del presente articolo 15 individua le prestazioni rese dal Ministero della salute a titolo oneroso (per le quali la tariffa è rideterminata secondo la procedura di cui al comma 3). I commi 3-*bis* e 3-*ter* - inseriti dalla Camera - differiscono il termine per il riordino di alcuni organi collegiali ed organismi operanti presso il Ministero della salute ed escludono dall'ambito del medesimo riordino la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, in considerazione delle funzioni di giurisdizione speciale esercitate dalla stessa.

L'articolo 15-*bis* - introdotto dalla Camera - reca talune modifiche alle norme sull'acquisto di beni, prestazioni e servizi - sanitari e non sanitari, ed ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero - da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale (ovvero, per conto di essi, da parte delle regioni e delle province autonome).

Il **PRESIDENTE** propone di fissare sin da ora il termine di presentazione degli emendamenti entro le ore 19 di oggi.

Ad avviso della senatrice **BASSOLI** (PD) la complessa natura del provvedimento esige un termine più ampio per i Gruppi. Pertanto, ritiene ragionevole che il termine per la presentazione degli emendamenti sia posto entro le ore 12 di domani.

Il **PRESIDENTE** invita i rappresentanti degli altri Gruppi a pronunciarsi sulla questione.

Il senatore **ASTORE** (*Misto-ParDem*) ritiene che sia interesse della Commissione velocizzare il più possibile l'iter del disegno di legge in titolo, fermo restando il rispetto della dignità del lavoro dei senatori.

Secondo il senatore **BOSONE** (*PD*) deve essere lasciata la possibilità al ministro Balduzzi di verificare se vi sono margini per un eventuale terza lettura del provvedimento presso la Camera dei deputati, dal momento che la volontà della Commissione è quella di provare ad introdurre alcune modifiche. Anche per questa ragione, per dare modo di valutare tale scenario e per consentire alle altre Commissioni di potersi pronunciare sugli emendamenti, ritiene ragionevole l'ipotesi di prevedere per questi ultimi un termine di presentazione più congruo.

Ad avviso del senatore **CALABRO'** (*PdL*), poiché la Commissione si impegna a rendere più rapido possibile l'iter del provvedimento, appare plausibile semmai ridurre gli spazi per il dibattito ed anticipare il termine di presentazione degli emendamenti.

La senatrice **BUGNANO** (*IdV*) condivide l'ipotesi avanzata dalla senatrice Bassoli di posticipare a domani, entro le ore 12, il termine di presentazione degli emendamenti.

Il senatore **FOSSON** (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*) per ragioni di coerenza rispetto all'impegno assunto dalla Commissione di svolgere un rapido esame del decreto-legge, si dichiara d'accordo con quanto sostenuto dal senatore Calabrò.

Anche ad avviso della senatrice **BAIO** (*Per il Terzo Polo:Apl-FLI*) occorre lavorare fin da subito sulle proposte emendative, dando modo al Ministro di verificare se vi siano le condizioni per una terza lettura da parte della Camera dei deputati.

Il senatore **RIZZI** (*LNP*) condivide l'ipotesi di anticipare il più possibile il termine di presentazione degli emendamenti.

Il **PRESIDENTE** avverte che ha appreso dal Presidente del Senato che vi è la disponibilità ad un rapido esame del decreto-legge presso questo ramo del Parlamento che consentirebbe, in caso di modifiche approvate, un ulteriore, definitivo passaggio alla Camera dei deputati.

La senatrice **BASSOLI** (*PD*) ribadisce che la Commissione deve concentrarsi sull'esame di pochi e mirati emendamenti che possano recepire anche quello che emergerà durante la discussione generale. In quest'ottica, quindi, va letta la sua proposta di posticipare il termine per gli emendamenti a domani, anche per permettere ai relatori di effettuare ulteriori verifiche sulle eventuali proposte emendative.

Il senatore **COSENTINO** (*PD*) reputa che occorre individuare un delicato equilibrio tra l'esigenza di un iter veloce del provvedimento in titolo e la necessità di un largo consenso per talune ipotesi di modifica, dando modo anche al Governo di comprendere se davvero vi siano i margini per un'ulteriore lettura da parte della Camera dei deputati. Pertanto, la fissazione del termine degli emendamenti nella giornata di domani consentirebbe ugualmente ai relatori di svolgere un approfondimento sulle esigenze richiamate, ferma la possibilità per i senatori che lo desiderano di intervenire in discussione generale.

Il **PRESIDENTE**, alla luce di quanto emerso, propone che la seduta pomeridiana della Commissione possa quindi concludersi, dando modo ai relatori di approfondire fin da subito il contenuto di talune proposte emendative per le quali resta fissato il termine di presentazione per le ore 19 di oggi. Nella seduta notturna potrà quindi avere inizio la discussione generale ed eventualmente si potrà valutare l'ipotesi di una riapertura del termine degli emendamenti.

La Commissione conviene sulla proposta del Presidente.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 15,40.

