CAMERA DEI DEPUTATI N. 1055

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

COLLETTI, MAMMÌ, NAPPI, NESCI, SARLI, TROIANO

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario, sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sul sistema degli appalti nel settore della sanità

Presentata il 3 agosto 2018

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La Costituzione riconosce all'articolo 32 il diritto alla salute definendolo un « diritto fondamentale dell'individuo », qualifica attribuita in ragione dell'importanza che questo bene giuridico ha, ai fini di un'esistenza dignitosa, per l'individuo e per la collettività. La situazione di benessere psico-fisico intesa in senso ampio con cui s'identifica il bene « salute » si traduce, in altri termini, nella tutela costituzionale dell'integrità psico-fisica, del diritto a un ambiente salubre, del diritto alla cosiddetta « libertà di cura » e, infine, del diritto alle prestazioni sanitarie. È, dunque, un dovere costituzionale dello Stato consentire l'effettivo esercizio e godimento di tale diritto adoperandosi sia « negativamente », cioè astenendosi dalla commissione di azioni tali da compromettere la tutela dell'integrità psico-fisica o la salubrità dell'ambiente, sia « positivamente », cioè assicurando la presenza delle strutture e l'attivazione degli interventi necessarie per offrire un'adeguata assistenza sanitaria ai cittadini. La sicurezza delle cure, che rappresenta una parte costitutiva del diritto alla salute, si realizza, infatti, anche mediante 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.

Ancorché la sanità italiana sia considerata, per universalità e per aspettativa di vita, una delle migliori del mondo, figurando l'Italia tra i primi Paesi per numero di medici (386 ogni 100.000 abitanti) e nella media per posti letto (321), al contempo, nel nostro Paese si registrano sempre più frequentemente casi di malasanità, con con-

seguente aumento esponenziale di cause giudiziarie per presunta responsabilità professionale dei medici e delle strutture sanitarie azionate da pazienti che, entrati in ospedale per ricevere delle cure, sono invece divenuti, loro malgrado, vittime di errori sanitari (sarebbero circa 12.000 quelle intentate per errori in ospedale, per un totale di 2,5 miliardi di euro di richieste di risarcimento di danni). I dati ufficiali del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) rivelano, infatti, che ogni anno in Italia si registrano in media oltre 300.000 errori medici (su 8 milioni di ricoveri) e che negli ultimi venticinque anni il numero delle denunce per malasanità è aumentato del 300 per cento, un dato piuttosto rilevante, specialmente se si pensa che dietro ogni numero vi è una persona. Tutti questi casi di malasanità hanno inevitabilmente portato non solo a ingenti perdite dal punto di vista economico, ma anche a una mancanza di fiducia del cittadino sia nel singolo medico che nel sistema sanitario nel suo complesso. La situazione appare ancora più allarmante se si considera che, nella maggioranza delle situazioni, i dati riportati riguardano casi di errori sanitari che si sarebbero potuti evitare semplicemente investendo di più e meglio sulla sanità e monitorando il grado di operatività ed efficienza delle strutture sanitarie. Casi di cronaca rilevano, infatti, sempre più frequentemente che l'errore sanitario è sovente collegato a deficienze strutturali e organizzative, piuttosto che mediche e scientifiche, che si registrano nelle strutture sanitarie. Da quanto si evince dalla ricerca dell'associazione Salute e società Onlus in due casi su tre gli errori in ospedale sono stati la diretta conseguenza di una disfunzione organizzativa generale delle stesse strutture ospedaliere, che spesso si traduce nel malfunzionamento dei macchinari, nella carenza di personale, nella scarsa igiene degli ambienti e nella cattiva gestione delle risorse pubbliche.

In tale contesto, si ritiene utile riproporre l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario, sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sul sistema degli appalti in sanità, con l'obiettivo di condurre indagini su tematiche fondamentali sia per la salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in relazione ai servizi sanitari per i cittadini, sia per la ricerca di soluzioni utili a ripianare gradualmente i disavanzi sanitari regionali, in tal modo proseguendo nell'attività di indagine, monitoraggio e analisi già avviata dalla Commissione parlamentare di inchiesta che ha operato nel corso della XVI legislatura (Doc. XXII-*bis*, n. 10). È infatti importante che l'esperienza positiva e concreta svolta in passato non si interrompa ma che, al contrario, attraverso un organo parlamentare in grado di avvalersi dei contributi delle società scientifiche e nel quale le forze politiche possano confrontarsi in modo costruttivo e sereno su temi di reale incidenza per la qualità della vita dei cittadini, prosegua affrontando ulteriori temi di uguale importanza. Ciò, anche alla luce delle novità introdotte dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, recante « Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », con particolare riferimento alla previsione della figura del difensore civico regionale o provinciale in qualità di garante per il diritto alla salute destinatario di segnalazioni di casi di malasanità e dotato di poteri di intervento a tutela del diritto alla salute presuntivamente leso; alla previsione del centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente istituito presso ciascuna regione con compiti di raccolta centralizzata dei dati sugli errori sanitari, sugli eventi avversi e sul contenzioso; e, infine, ma non per importanza, alla predisposizione di nuovi strumenti processuali finalizzati al contenimento del contenzioso civile per i procedimenti di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria. In particolare, il costituendo organo parlamentare, nel rispetto delle prerogative e del ruolo dell'autorità giudiziaria, lungi dal voler perseguire singole responsabilità individuali – cioè indagare sul « chi » ha commesso l'errore – si occuperà di analizzare le cause degli sprechi, degli errori e, più in generale, delle

anomalie funzionali e organizzative nel sistema sanitario – ossia di accertare il « perché » dell'errore – con l'obiettivo di prospettare strumenti di intervento, sia normativi che organizzativi, idonei a impedirne o, quantomeno, a limitarne la ripetizione. La Commissione avrà, più in dettaglio, il compito di verificare la quantità e la gravità degli errori commessi in campo sanitario, individuando contestualmente le categorie alle quali sono più frequentemente riconducibili, come l'inefficienza delle strutture sanitarie o eventuali carenze dell'organico del personale medico e paramedico, valutando l'incidenza degli stessi in termini di perdite di vite umane o comunque di danni alla salute dei pazienti, verificando l'appropriatezza del *risk management*, esaminando la gestione del rischio in medicina e provvedendo, altresì, a indicare possibili correttivi, sia sul piano organizzativo che qualitativo, del Servizio sanitario nazionale. Tale attività si rivelerà, al pari di come lo è stata in passato, senz'altro preziosa per la comprensione delle ragioni, sovente di carattere strutturale-organizzativo, poste a fondamento degli errori sanitari al fine di progettare un piano per migliorare e per aumentare i livelli qualitativi, la produttività e l'efficienza delle strutture sanitarie esistenti e per rispondere in modo più adeguato alla domanda assistenziale riducendo la cosiddetta « migrazione sanitaria » fra le regioni italiane, anche nel rispetto delle professionalità sanitarie operanti in alcune aree geografiche del Paese che appaiono « meno virtuose » perché mortificate da carenze e anomalie funzionali, organizzative e di gestione.

PROPOSTA DI LEGGE

—

Art. 1.

(Istituzione della Commissione)

1. Ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, è istituita, per la durata della XVIII legislatura, una Commissione parlamentare di inchiesta, di seguito denominata « Commissione », con il compito di indagare sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e di controllo che hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari, nonché sul sistema degli appalti nel settore della sanità, con particolare riferimento alla finanza di progetto prevista dall'articolo 183 del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50.

2. La Commissione presenta alle Camere, ogni diciotto mesi, una relazione sull'attività e sui risultati dell'inchiesta. Prima della conclusione dei lavori, presenta alle Camere, altresì, una relazione sull'attività svolta e sui risultati dell'inchiesta. Sono ammesse relazioni di minoranza. Il presidente della Commissione trasmette alle Camere, dopo sei mesi dalla costituzione della Commissione stessa, una relazione sullo stato dei lavori.

Art. 2.

(Composizione e durata della Commissione)

1. La Commissione è composta da venti senatori e da venti deputati, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato della Repubblica e dal Presidente della Camera dei deputati in proporzione al numero dei componenti dei gruppi parlamentari, assicurando comunque la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo esistente in almeno un ramo del Parlamento.

2. Il Presidente del Senato della Repubblica e il Presidente della Camera dei deputati, entro dieci giorni dalla nomina dei componenti, convocano la Commissione per la costituzione dell'ufficio di presidenza.

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

4. La Commissione elegge al proprio interno due vice presidenti e due segretari. Per l'elezione, rispettivamente, dei due vice presidenti e dei due segretari, ciascun componente della Commissione scrive sulla propria scheda un solo nome. Sono eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero di voti. In caso di parità di voti è proclamato eletto il più anziano di età.

5. Le disposizioni dei commi 3 e 4 si applicano anche in caso di elezioni suppletive.

Art. 3.

(Compiti della Commissione)

1. La Commissione ha il compito di:

a) indagare sulla quantità e sulla gravità degli errori sanitari verificatisi nelle strutture sanitarie pubbliche e private, nel rispetto delle prerogative dell'autorità giudiziaria relative all'accertamento delle responsabilità dei singoli operatori sanitari sul piano penale e civile;

b) indagare sui fenomeni di cattiva gestione o di gestione inefficiente delle risorse e dei fondi sanitari negli ospedali, nei policlinici universitari, nei distretti sanitari, nei consultori familiari e comunque in qualsiasi struttura sanitaria pubblica o privata che determinino indebiti esborsi di denaro pubblico nel comparto sanitario;

c) valutare l'incidenza degli errori di cui alla lettera *a)* in termini di perdite di

vite umane o comunque di danni alla salute dei pazienti;

d) accertare il costo sostenuto dalle strutture sanitarie pubbliche e private per la copertura dei rischi connessi a errori sanitari, nonché l'ammontare delle somme corrisposte ai pazienti, o ai loro aventi causa, a titolo di risarcimento del danno subìto in dipendenza da errori sanitari, verificando altresì le modalità adottate per l'affidamento del servizio di assicurazione;

e) individuare le categorie alle quali sono riconducibili gli errori più frequenti, in particolare con riferimento a quelle relative all'inefficienza e alla scarsa igiene delle strutture sanitarie o all'inefficienza organizzativa, alla carenza dell'organico del personale medico e sanitario nonché alla carenza delle dotazioni di apparecchiature clinico-diagnostiche e all'inadeguatezza delle strutture;

f) indagare sulle cause degli errori e su quanti di questi derivino da carenze di formazione del personale medico e sanitario o da carenze organizzative o comunque aziendali e manageriali;

g) indagare sulle modalità di selezione del personale sanitario nei concorsi svolti nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche e sulla scelta dei criteri in base al merito e ai titoli;

h) accertare l'istituzione e l'effettivo funzionamento delle unità di gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie pubbliche e private;

i) individuare gli eventuali correttivi da apportare ai percorsi formativi del personale medico e sanitario o all'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;

l) verificare se la nomina dei dirigenti sanitari risponda nel modo migliore alle esigenze ineludibili di efficienza, di professionalità, di qualità e in particolare di trasparenza nella gestione ottimale delle risorse e delle strutture sanitarie pubbliche;

m) verificare l'eventuale necessità di rafforzare il ruolo, le funzioni e le respon-

sabilità dei direttori sanitari e degli organi collegiali aziendali e individuare altre misure utili per migliorare l'efficienza e l'affidabilità delle strutture sanitarie pubbliche e private e della loro organizzazione amministrativa;

n) monitorare i dati e la casistica sulle infezioni registrate negli ospedali nonché le misure prese dai singoli ospedali al fine di debellare le contaminazioni;

o) valutare l'efficacia dei controlli di qualità sulle strutture sanitarie pubbliche e private;

p) indagare sugli errori medico-sanitari relativi a prestazioni effettuate al di fuori delle strutture ospedaliere, in particolare da medici di medicina generale e presso ambulatori, laboratori e servizi diagnostici e farmacie;

q) verificare l'appropriatezza delle tecniche di gestione del rischio adottate, esaminando la gestione scientifica del rischio in medicina;

r) individuare ogni altro intervento correttivo utile a migliorare la qualità del Servizio sanitario nazionale;

s) verificare l'applicazione della normativa vigente in materia di consenso informato;

t) accertare l'istituzione di servizi per la rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti e verificare le modalità di gestione dei reclami, nonché l'istituzione di altri strumenti a disposizione dei cittadini che consentano loro di tutelare nel modo migliore i propri diritti;

u) verificare l'entità delle risorse finanziarie destinate dalle strutture sanitarie pubbliche e private a interventi per la riduzione degli errori sanitari;

v) verificare l'efficacia dei metodi di accertamento, rilevazione e raccolta dei dati sugli errori sanitari introdotti dalla legge 8 marzo 2017, n. 24:

1) accertando l'attività svolta dal difensore civico regionale o provinciale in qualità di garante per il diritto alla salute

e, in particolare, il numero di casi in cui è stato adìto per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nonché il numero di quelli in cui, verificata la fondatezza della segnalazione, sia intervenuto a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale;

2) verificando l'operatività e la produttività del sistema di raccolta centralizzata dei dati sugli errori sanitari, sugli eventi avversi e sul contenzioso svolta dal centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente istituito presso ciascuna regione;

3) verificando il livello di accessibilità alle informazioni concernenti le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private, con particolare riferimento ai tempi e alle modalità di accesso alla documentazione sanitaria da parte del paziente;

4) verificando il livello di trasparenza dei dati delle strutture sanitarie pubbliche e private, con particolare attenzione anche alla pubblicazione, nel loro sito *internet*, dei dati relativi ai risarcimenti erogati;

5) verificando lo stato di attuazione e di adeguamento, da parte del personale medico e sanitario, alle raccomandazioni previste dalle linee elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, con particolare attenzione anche alla verifica dei requisiti prescritti dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, ai fini dell'iscrizione nell'elenco tenuto dal Ministero della salute;

6) verificando l'operatività dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e l'eventuale elaborazione di linee guida e di misure idonee per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie;

7) esaminando i risultati delle analisi condotte dall'Osservatorio di cui al numero 6) e dal Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, istituito presso il Ministero della salute, circa le cause, le frequenze e i costi degli errori sanitari;

8) verificando l'efficacia del tentativo obbligatorio di conciliazione e di tutte le misure previste dalla normativa vigente specificamente finalizzate a ridurre il contenzioso per i procedimenti di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria;

z) verificare il sistema degli appalti nel settore della sanità e, in particolar modo, di quelli relativi alla finanza di progetto.

2. La Commissione verifica, in particolare:

a) l'applicazione del sistema dei *Diagnosis Related Groups*, effettuando un'analisi comparativa dei ricoveri;

b) la qualità delle prestazioni socio-sanitarie erogate nella fase acuta delle patologie;

c) lo stato di attuazione e di funzionamento, sull'intero territorio nazionale, del sistema di emergenza-urgenza « 118 » e di tutto il servizio ospedaliero di pronto soccorso e di rianimazione;

d) la diffusione dei metodi di verifica e di revisione della qualità e la conseguente ricaduta sulla programmazione e sulla gestione dei servizi sanitari;

e) lo stato di attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, a livello regionale, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

f) la realizzazione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

g) lo stato di attuazione della normativa vigente sull'attività libero-professionale intramuraria di cui al decreto legislativo 30

dicembre 1992, n. 502, e alla legge 3 agosto 2007, n. 120.

3. La Commissione ha, inoltre, il compito di:

a) acquisire, con la collaborazione delle regioni interessate, tutti i documenti, le informazioni e gli elementi per valutare le condizioni politiche, amministrative, gestionali e operative che, nel decennio precedente alla data di entrata in vigore della presente legge, hanno contribuito alla formazione dei disavanzi sanitari;

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

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

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

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

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

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

6) l'adeguatezza delle strutture e delle tecnologie sanitarie, valutando in particolare l'attuazione degli adempimenti relativi al programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento

tecnologico, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

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

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

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

10) l'adeguatezza delle strutture sanitarie convenzionate con le regioni e delle spese sostenute per i ricoveri in convenzione, in particolare nei settori della psichiatria, delle dipendenze patologiche e dell'assistenza agli anziani;

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

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

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

14) le conseguenze derivanti dall'incompleta o tardiva erogazione delle somme spettanti alle strutture sanitarie, convenzionate con le regioni, gestite da soggetti privati che operano senza fini di lucro;

15) l'esistenza di adeguate procedure e di sedi di monitoraggio e di controllo della qualità, dell'efficacia e dell'ap-

propriatezza del servizio erogato a livello infraregionale ed extraregionale e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili;

16) lo stato di attuazione degli adempimenti in materia di riduzione delle liste di attesa, conformemente al Piano nazionale per il governo delle liste di attesa 2016-2018;

c) accertare eventuali responsabilità degli amministratori operanti nella gestione del Servizio sanitario nazionale nelle regioni interessate dai piani di rientro di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, relativamente alle aree di indagine di cui alla lettera *b)* del presente comma;

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

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

Art. 4.

(Poteri e limiti della Commissione)

1. La Commissione procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria. La Commissione non può adottare provvedimenti attinenti alla libertà e alla segretezza della corrispondenza e di ogni altra forma di comunicazione nonché alla libertà personale, fatto salvo l'accompagnamento coattivo di cui all'articolo 133 del codice di procedura penale.

2. La Commissione può richiedere copie di atti e documenti relativi a procedimenti e inchieste in corso presso l'autorità giudiziaria o altri organismi inquirenti.

3. Sulle richieste di cui al comma 2 del presente articolo l'autorità giudiziaria provvede ai sensi dell'articolo 117 del codice di procedura penale.

4. Qualora l'autorità giudiziaria abbia inviato alla Commissione atti coperti dal segreto, richiedendone il mantenimento, la Commissione dispone la segretazione degli atti.

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

6. Per le testimonianze rese davanti alla Commissione si applicano le disposizioni degli articoli da 366 a 384-*bis* del codice penale.

7. La Commissione stabilisce, prima dell'inizio dei suoi lavori e al termine degli stessi, quali atti e documenti non devono essere divulgati, anche in relazione ad esigenze attinenti ad altre istruttorie o inchieste in corso. Devono in ogni caso essere coperti dal segreto gli atti, le assunzioni testimoniali e i documenti attinenti a procedimenti giudiziari nella fase delle indagini preliminari fino al termine delle stesse.

Art. 5.

(Obbligo del segreto)

1. I componenti la Commissione, il personale addetto alla stessa e ogni altra persona che collabora con la Commissione o compie o concorre a compiere atti di inchiesta, oppure ne viene a conoscenza per ragioni d'ufficio o di servizio, sono obbligati al segreto per tutto quanto riguarda gli atti e i documenti di cui all'articolo 4, commi 4 e 7.

Art. 6.

(Organizzazione dei lavori della Commissione)

1. Le sedute della Commissione sono pubbliche, salvo che la Commissione disponga diversamente.

2. L'attività e il funzionamento della Commissione sono disciplinati da un regolamento interno, approvato dalla Commis-

sione stessa prima dell'inizio dei lavori. Ciascun componente può proporre modifiche al regolamento.

3. La Commissione può avvalersi dell'opera di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria, nonché di tutte le collaborazioni ritenute necessarie. Il presidente effettua le designazioni sentita la Commissione.

4. Per l'adempimento dei propri compiti la Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dai Presidenti delle Camere, d'intesa tra loro.

5. Le spese per il funzionamento della Commissione sono stabilite nel limite massimo di 60.000 euro per l'anno 2019 e di 200.000 euro per ognuno degli anni successivi e sono poste per metà a carico del bilancio interno del Senato della Repubblica e per metà a carico del bilancio interno della Camera dei deputati. I Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, con determinazione adottata d'intesa tra loro, possono autorizzare un incremento delle spese di cui al periodo precedente, comunque in misura non superiore al 30 per cento, a seguito di richiesta formulata dal presidente della Commissione per motivate esigenze connesse allo svolgimento dell'inchiesta, corredata di certificazione delle spese sostenute.

PAGINA BIANCA

18PDL0044310