



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 179

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

10/01/2021 - 09:14

Indice

1. DDL S. 179 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 179	4
1.3. Trattazione in Commissione	11
1.3.1. Sedute	12
1.3.2. Resoconti sommari	13
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	14
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 180 (pom.) del 17/11/2020	15

1. DDL S. 179 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 179
XVIII Legislatura

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

Iter

26 giugno 2018: assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Successione delle letture parlamentari

S.179

assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Iniziativa Parlamentare

[Maria Rizzotti](#) ([FI-BP](#))

Cofirmatari

[Giacomo Caliendo](#) ([FI-BP](#)), [Antonio Barboni](#) ([FI-BP](#)), [Gilberto Pichetto Fratin](#) ([FI-BP](#)),
[Marco Perosino](#) ([FI-BP](#)), [Massimo Vittorio Berutti](#) ([FI-BP](#)), [Sandro Mario Biasotti](#) ([FI-BP](#)),
[Massimo Mallegni](#) ([FI-BP](#)), [Emilio Floris](#) ([FI-BP](#)), [Barbara Masini](#) ([FI-BP](#)), [Maurizio
Gasparri](#) ([FI-BP](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **28 marzo 2018**; annunciato nella seduta n. 3 del 28 marzo 2018.

Classificazione TESEO

AUTISTI , MEZZI DI SOCCORSO

Classificazione provvisoria

Articoli

FORMAZIONE PROFESSIONALE (Artt.2, 6 - 8), ATTESTATI E CERTIFICATI (Artt.1, 2, 9),
PRONTO SOCCORSO (Artt.1, 3), MATERIE DI INSEGNAMENTO (Artt.6, 7), APPRENDISTATO
(Art.8), REGIONI (Artt.2, 9), PROVINCE AUTONOME (Artt.2, 9), COMPETENZA (Artt.1, 4),
AZIENDE SANITARIE LOCALI (Art.3)

Assegnazione

Assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede redigente il 26 giugno 2018.
Annuncio nella seduta n. 14 del 26 giugno 2018.

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), 7ª (Pubbl. istruzione), 8ª (Lavori pubblici), 11ª (Lavoro), Questioni regionali (aggiunto il 23 gennaio 2019; annunciato nella seduta n. 82 del 23 gennaio 2019)

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 179

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 179

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **RIZZOTTI**, **CALIENDO**, **BARBONI**, **PICHETTO FRATIN**,
PEROSINO, **BERUTTI**, **BIASOTTI**, **MALLEGNI**, **FLORIS**, **MASINI** e **GASPARRI**
COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 MARZO 2018

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

Onorevoli Senatori. - Il presente disegno di legge, già presentato nella precedente legislatura, intende individuare il profilo professionale del conducente di emergenza sanitaria, ovvero dell'autista soccorritore, considerato il vuoto legislativo in materia e i tentativi di colmarlo da parte delle Camere già dalla XIV legislatura.

Ad oggi, infatti, nonostante gli autisti soccorritori abbiano un chiaro ruolo nell'organizzazione dei servizi di emergenza e quindi una coscienza di categoria che li porta ad avanzare una specifica domanda di regolamentazione dei loro compiti, attività e formazione, esiste una grave lacuna legislativa.

Appare necessario quindi introdurre nel sistema delle professioni sanitarie quella dell'autista soccorritore definendone il profilo, regolamentandone le condizioni di accesso e le modalità di formazione, determinandone il ruolo e i reciproci rapporti nei vari ambiti organizzativi, all'interno dei quali si colloca tale figura.

La richiesta di disciplinare l'esercizio e l'accesso alla professione di autista soccorritore risponde ad una parallela e altrettanto diffusa domanda di qualità del servizio che il cittadino utente richiede ormai nei confronti di tutte le prestazioni professionali, in particolare di quelle che operano nel settore sanitario.

Tuttavia a questa esigenza, ormai manifestata da tempo, non corrisponde una risposta adeguata sotto il profilo normativo.

In particolare, il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di riforma del Servizio sanitario nazionale (SSN), non prendendo in considerazione numerose professionalità, anche esistenti da tempo, forse dotate di minor visibilità, ma certo non di minore importanza per il funzionamento complessivo del Servizio stesso, non consente di dare adeguata soluzione al problema della sistematica e coerente regolamentazione di tutte le professioni sanitarie, inclusa quella dell'autista soccorritore.

Per questa ragione il presente disegno di legge mira a definire il profilo professionale di autista soccorritore specificandone le finalità, le attività che deve svolgere, i contesti operativi nei quali deve operare, gli ambiti relazionali, ovvero la collocazione organizzativa dell'operatore stesso ed i rapporti con le altre professioni. In altre parole predispone una normativa che indica competenze tecniche, cognitive e relazionali che l'operatore deve possedere.

Questa iniziativa legislativa vuole inoltre disciplinare le modalità di accesso a tale professione, ai fini di uniformare la formazione di tutti coloro che la esercitano, lasciando una certa «flessibilità» alle singole regioni e alle province autonome, in relazione alle esigenze operative locali, ma sempre nel quadro di regole comuni, stabilite a livello centrale, a garanzia di una sostanziale omogeneità della figura.

Ciò permetterà sicuramente di individuare il necessario livello professionale della categoria, ai fini di adeguare la professionalità dell'autista soccorritore agli *standard* europei e di permettere la libera

circolazione dei lavoratori nell'area comunitaria, prevedendo una formazione che garantisca riconoscimento in tutti i Paesi dell'Unione europea.

A tal fine, l'articolo 1 individua la figura dell'autista soccorritore e ne definisce compiti e funzioni. L'articolo 2 delega alle regioni e alle province autonome il compito di provvedere alla formazione professionale dell'autista soccorritore.

L'articolo 3 specifica che l'autista soccorritore presta la sua attività in regime di dipendenza o di volontariato delle aziende sanitarie locali o ospedaliere, di associazioni di volontariato, di cooperative e di enti pubblici e privati.

L'articolo 4 prevede le attività che l'autista soccorritore presta in collaborazione con gli altri operatori preposti all'intervento di soccorso.

L'articolo 5 stabilisce i requisiti di accesso ai corsi di formazione: diploma di istruzione secondaria di primo grado, possesso della patente di guida ed un'età non inferiore a quella prevista dall'articolo 115 del nuovo codice della strada di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. Inoltre dispone che chi svolge o ha svolto l'attività di autista di ambulanza, autista soccorritore o autista di ambulanza coordinatore con all'attivo almeno 1.500 ore di servizio alla data di entrata in vigore della legge, sia esonerato dalla frequenza dei corsi di formazione e sia sottoposto all'esame finale, ai sensi dell'articolo 9, ai fini dell'acquisizione dell'attestato abilitante all'esercizio della professione.

L'articolo 6 descrive l'organizzazione didattica dei corsi di formazione strutturati per moduli ed aree disciplinari al fine di assicurare conoscenze di base e di fornire conoscenze specifiche.

La formazione è di tipo teorico-pratico (esercitazioni e *stage*) e prevede un tirocinio secondo quanto dispone l'articolo 8. Per ogni modulo didattico ed ogni area disciplinare dovranno essere specificate le singole materie di insegnamento e i relativi obiettivi come prevede l'articolo 7. La specificazione di attività, competenze e materie d'insegnamento dovrà essere fatta con la collaborazione di esperti della categoria interessata e di funzionari regionali; la presenza di questi ultimi garantirà il dovuto raccordo con le esigenze operative e con le modalità organizzative del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 9 prevede poi la frequenza obbligatoria dei corsi ed un esame finale davanti un'apposita commissione, che rilascerà un attestato di qualifica riconosciuto su tutto il territorio nazionale.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Profilo professionale)

1. Il profilo professionale di autista soccorritore è attribuito unicamente all'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito ai sensi dell'articolo 9, è abilitato a svolgere le attività di:

- a) conduzione dei mezzi di soccorso sanitario provvisti di segnalatori di allarme acustico e luminosi a luci lampeggianti blu, nonché salvaguardia della sicurezza degli occupanti dei mezzi medesimi;
- b) manutenzione dell'efficienza e della sicurezza del veicolo di soccorso affidatogli;
- c) collaborazione nell'intervento del soccorso sanitario nelle varie fasi del suo svolgimento con particolare riguardo alla messa in sicurezza del luogo dell'evento.

Art. 2.

(Formazione)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base delle richieste ad esse pervenute, autorizzano all'effettuazione dei corsi di formazione professionale di autista soccorritore le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli enti pubblici preposti alla formazione professionale, le associazioni professionali degli operatori dell'emergenza e trasporto sanitario, le associazioni, le cooperative e le aziende private che operano nei trasporti sanitari, in possesso dei seguenti requisiti:

- a) presenza all'interno dell'ente o dell'associazione di un servizio per la formazione e l'aggiornamento del personale o previsione nello statuto di attività formativa;
- b) disponibilità a qualsiasi titolo di strutture logistiche e tecnologie necessarie all'espletamento del corso;
- c) individuazione e disponibilità dei docenti necessari all'espletamento del corso;

- d) individuazione del responsabile del corso;
- e) individuazione dell'ente pubblico o privato disponibile ad ospitare il tirocinio.

2. I soggetti richiedenti di cui al comma 1 presentano la richiesta di autorizzazione alla regione o alla provincia autonoma competente, allegando un'autocertificazione in cui dichiarano il possesso dei requisiti di cui al comma 1.

Art. 3.

(Contesti operativi)

1. L'autista soccorritore presta la propria attività sul territorio nazionale, in regime di dipendenza o di volontariato di aziende sanitarie locali, di aziende ospedaliere, di associazioni di volontariato, di cooperative e di enti pubblici o privati, che svolgono servizi di soccorso e trasporto sanitario anche al di fuori delle situazioni di emergenza.

Art. 4.

(Attività e competenze)

1. Le attività dell'autista soccorritore sono rivolte alla logistica dell'intervento di emergenza e sono svolte secondo i piani e le direttive della centrale operativa del numero unico di emergenza (NUE) «112» di riferimento o dell'autorità dalla quale l'intervento è coordinato.

2. L'autista soccorritore svolge l'attività di cui al comma 1 in collegamento funzionale ed in collaborazione con gli altri operatori professionalmente preposti all'intervento di soccorso.

3. Le attività di cui al comma 1 sono indicate negli allegati A e B alla presente legge.

Art. 5.

(Requisiti di accesso)

1. Per l'accesso ai corsi di formazione professionale di autista soccorritore di cui all'articolo 2 è richiesto il diploma di istruzione secondaria di primo grado, il possesso della patente di guida e l'età anagrafica di cui all'articolo 115, comma 1, lettera e), del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285.

2. Gli operatori che, alla data di entrata in vigore della presente legge, svolgono l'attività di autista di ambulanza o autista soccorritore o autista di ambulanza coordinatore, con almeno 1.500 ore di servizio espletato, sono esonerati dalla frequenza dei corsi di formazione e sono sottoposti all'esame finale previsto dall'articolo 9.

3. Quanto disposto al comma 2 non si applica agli operatori che espletano le attività di cui al medesimo comma come funzioni ausiliarie rispetto al ruolo ed alla qualifica di appartenenza.

Art. 6.

(Organizzazione didattica)

1. I corsi di formazione professionale di autista soccorritore di cui all'articolo 2 prevedono due moduli didattici obbligatori:

- a) un modulo di base;
- b) un modulo professionale.

2. I corsi di formazione professionale di autista soccorritore di cui all'articolo 2 hanno durata di 1.000 ore annue così ripartite:

- a) modulo di base: 150 ore di teoria; 150 ore di esercitazioni; 150 ore di tirocinio;
- b) modulo professionale: 250 ore di teoria; 150 ore di esercitazioni; 150 ore di tirocinio.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in relazione a specifiche tipologie di impiego dell'autista soccorritore, possono prevedere ulteriori moduli didattici, riferiti a temi specifici, per trasmettere particolari competenze e per integrare l'autista soccorritore in particolari strutture organizzative locali. Tali moduli tematici aggiuntivi non possono superare il tetto massimo di 300 ore, delle quali non più di 100 sono riservate ad insegnamenti teorici.

4. Il passaggio dal modulo di base a quello professionale è condizionato all'acquisizione di una

valutazione positiva dell'apprendimento e delle abilità pratiche acquisite dall'allievo da parte dei docenti del modulo di base.

Art. 7.

(Materie di insegnamento)

1. I moduli didattici di cui all'articolo 6, comma 1, sono articolati nelle seguenti aree disciplinari:

- a) area socio-culturale, istituzionale e legislativa;
- b) area igienico-sanitaria;
- c) area tecnico-operativa.

2. Le materie di insegnamento sono individuate nell'allegato C alla presente legge.

3. Per le aree di cui al comma 1, lettere a) e b), la docenza è affidata a personale qualificato, in possesso di diploma di laurea o di abilitazione in relazione a ciascuna specifica materia d'insegnamento. Per l'area di cui al comma 1, lettera c), la docenza è affidata ad autisti soccorritori iscritti all'albo dei docenti tenuto dalla Federazione nazionale conducenti emergenza sanitaria (CoES Italia).

Art. 8.

(Tirocinio)

1. Le attività di tirocinio sono svolte, sotto la guida di un autista soccorritore, secondo le modalità di cui all'articolo 6, presso le strutture ed i servizi preposti all'emergenza sanitaria territoriale. Al termine del tirocinio è predisposta, per ogni allievo, una scheda riassuntiva che documenta le attività svolte e attesta le capacità dimostrate dall'allievo.

Art. 9.

(Esame finale e rilascio dell'attestato)

1. La frequenza ai corsi di formazione è obbligatoria e non sono ammessi alle prove di valutazione finale gli allievi che hanno superato il numero massimo di assenze giustificate indicato dalla regione o dalla provincia autonoma competente, che comunque non deve superare il 10 per cento delle ore complessive.

2. Se le assenze al corso di formazione superano il 10 per cento delle ore complessive, il corso si considera interrotto e l'eventuale ripresa della frequenza in un corso successivo avviene secondo modalità stabilite dalla struttura didattica, sentita la commissione d'esame.

3. Al termine del corso di formazione, gli allievi sono sottoposti ad una prova scritta, teorica e pratica, da parte di un'apposita commissione nominata dalla regione o dalla provincia autonoma, composta da tre membri, di cui uno nominato dall'assessorato regionale o provinciale alla sanità, uno dal responsabile della centrale operativa del NUE «112» competente per territorio e uno dalla CoES Italia e scelto tra gli iscritti all'albo dei docenti tenuto dalla federazione stessa.

4. All'allievo che supera le prove di cui al comma 3, è rilasciato dalla regione o dalla provincia autonoma competente, un attestato di qualifica valido su tutto il territorio nazionale.

5. Il conseguimento dell'attestato di autista soccorritore costituisce titolo abilitante all'esercizio della professione nelle forme e nelle modalità previste dalla presente legge.

Allegato A
(articolo 4, comma 3)

ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ PREVISTE PER L'AUTISTA SOCCORRITORE

1) Conduzione del mezzo di soccorso:

a) guida il mezzo di soccorso sanitario, di cui è responsabile, secondo le disposizioni di servizio ricevute e adottando un comportamento di guida sicura in base al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, alle condizioni di traffico, alla situazione metereologica ed alle condizioni stradali;

b) adatta la guida allo stato del paziente trasportato, su indicazione del personale sanitario o della

- centrale operativa del numero unico di emergenza (NUE) «112»;
- c) comunica con la centrale operativa attraverso la strumentazione di bordo;
- d) mantiene in condizioni di buon funzionamento i veicoli e le apparecchiature che gli sono affidati, effettuando gli interventi di manutenzione più semplici.
- 2) Supporto al personale sanitario e agli altri operatori dell'equipaggio nell'intervento di urgenza/emergenza:
- a) collabora, sulla base delle proprie responsabilità, alla stesura delle procedure, dei protocolli operativi e dei sistemi di verifica nei servizi d'appartenenza;
- b) partecipa alla valutazione della scena dell'intervento, alla messa in sicurezza dei soccorritori, degli infortunati e del mezzo di trasporto;
- c) collabora all'individuazione della necessità di attivare ulteriori mezzi o servizi complementari al soccorso;
- d) collabora al posizionamento corretto ed adeguato del paziente;
- e) collabora alla liberazione delle vie aeree, al mantenimento della temperatura corporea, al mantenimento delle funzioni vitali ed alla defibrillazione effettuata a mezzo di defibrillatore semiautomatico esterno (DAE);
- f) collabora alle procedure diagnostiche ed alla stabilizzazione del paziente sul luogo dell'evento;
- g) aiuta nelle manovre praticate al paziente, nel suo sollevamento e caricamento;
- h) collabora a fornire assistenza psicologica al paziente;
- i) collabora nelle operazioni di immobilizzazione con tutti i presidi a disposizione, nella compressione digitale, nella omeostasi e nel bendaggio compressivo;
- l) collabora al trasposto del paziente nei locali di accettazione ospedaliera;
- m) collabora all'attuazione dei sistemi di verifica degli interventi ed alla compilazione della scheda di soccorso per i dati di sua competenza;
- n) in assenza di personale sanitario svolge anche funzioni di capo equipaggio.
- 3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo:
- a) controlla il veicolo, i materiali e le apparecchiature in dotazione all'*équipe* di soccorso;
- b) utilizza strumenti informatici di uso comune per la registrazione dei controlli di cui alla lettera a) e di quanto rilevato durante il servizio;
- c) collabora alla verifica della qualità del servizio;
- d) collabora con il personale sanitario e con gli altri operatori dell'equipaggio, al termine dell'intervento, al ripristino della funzionalità completa del mezzo, della pulizia interna ed eventuale disinfezione e dei materiali e presidi di immobilizzazione utilizzati;
- e) concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo professionale, alla realizzazione dei tirocini e alla loro valutazione;
- f) collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione.

Allegato B
(articolo 4, comma 3)

ELENCO DELLE PRINCIPALI COMPETENZE DELL'AUTISTA SOCCORRITORE

- 1) Competenze tecniche:
- a) conoscenza delle caratteristiche tecniche e d'uso dei veicoli, dei materiali e delle apparecchiature utilizzati nell'emergenza;
- b) possesso delle tecniche di guida adatte ad ogni condizione di traffico, ambientale e metereologica;
- c) conoscenza delle norme del codice della strada e della prevenzione degli incidenti stradali;
- d) conoscenza delle tecniche di posizionamento del veicolo per la massima sicurezza del soccorso;

- e) conoscenza dell'utilizzo di strumenti informatici per registrare i controlli dei mezzi affidati, riportando i dati richiesti per eventuali interventi di manutenzione, e di quelli per registrare gli interventi effettuati sia primari sia secondari;
 - f) possesso di tecniche per il controllo dello *stress* e di altre condizioni psicofisiche connesse alle principali emergenze sanitarie;
 - g) capacità di utilizzo delle apparecchiature radio in dotazione, conoscenza dei codici e delle tecniche di comunicazione con le centrali operative del numero unico di emergenza (NUE) «112»;
 - h) conoscenza degli elementi fondamentali di primo soccorso e delle prime cure da prestare al paziente;
 - i) capacità di riconoscere le principali alterazioni alle funzioni vitali attraverso la rilevazione di sintomi e di segni fisiologici;
 - l) conoscenza delle procedure da adottare in caso di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).
- 2) Competenze cognitive:
- a) conoscenza del territorio d'intervento e capacità di localizzare eventi sulla base di indicazioni toponomastiche approssimative;
 - b) conoscenza delle caratteristiche dei vari tipi di urgenza;
 - c) conoscenza delle normative antinfortunistiche per la tutela fisica e la sicurezza dei pazienti e del personale impegnato nell'intervento di soccorso;
 - d) conoscenza dell'organizzazione dei servizi sanitari di urgenza/emergenza.
- 3) Competenze relazionali:
- a) conoscenza delle tecniche del lavoro in *équipe* e capacità di partecipare alle dinamiche di gruppo;
 - b) conoscenza delle norme di comportamento del soccorritore e delle regole di comportamento nei rapporti con le altre professionalità che intervengono nelle operazioni di soccorso;
 - c) capacità di individuare con l'intero equipaggio eventuali misure collaterali da adottare;
 - d) capacità di condurre la propria attività con dovuta riservatezza ed eticità;
 - e) capacità di trasmettere le proprie conoscenze e le proprie esperienze professionali ai tirocinanti.

Allegato C

(articolo 7, comma 2)

MODULI DIDATTICI, OBIETTIVI DI MODULO E MATERIE DI INSEGNAMENTO

1) Modulo base (150 ore di teoria, 150 ore di esercitazioni, 150 ore di tirocinio). Obiettivi didattici del modulo:

- a) conoscenza del codice della strada;
- b) conoscenza delle tecniche d'interpretazione topografiche e cartografiche stradali;
- c) conoscenza della rete dei servizi di emergenza e della sua organizzazione;
- d) conoscenza dei principi fondamentali di anatomia e fisiologia del sistema nervoso, dell'apparato locomotorio, respiratorio e cardiocircolatorio;
- e) conoscenza delle metodologie per individuare le necessità primarie delle persone nei vari tipi di emergenza;
- f) conoscenza dei sistemi di immobilizzazione, caricamento e trasporto e della loro applicazione;
- g) conoscenza delle tecniche di rianimazione di base e delle norme di primo soccorso;
- h) conoscenza delle tecniche di defibrillazione precoce con defibrillatore semiautomatico esterno (DAE).

Materie di insegnamento:

- a) area socio-culturale, istituzionale e legislativa: elementi di organizzazione dei servizi di soccorso;

- b)* area igienico-sanitaria: principi di anatomia e fisiologia del sistema nervoso, degli apparati respiratori, locomotorio e cardiocircolatorio; elementi di patologia generale;
- c)* area tecnico-operativa: applicazione del codice della strada; applicazione delle tecniche topografiche e cartografia stradale; supporto vitale di base, defibrillazione e norme di primo soccorso; coadiuvazione del personale sanitario nelle urgenze/emergenze.

2) Modulo professionale (250 ore di teoria, 150 ore di esercitazione, 150 ore di tirocinio). Obiettivi didattici del modulo:

- a)* conoscenza dei fondamenti della legislazione sanitaria e della organizzazione del Servizio sanitario nazionale;
- b)* conoscenza dei componenti del sistema d'emergenza e delle risorse disponibili sul territorio;
- c)* conoscenza delle apparecchiature installate a bordo per comunicare correttamente con le centrali operative «118»;
- d)* sviluppo della consapevolezza del ruolo dell'autista soccorritore;
- e)* conoscenza dettagliata delle caratteristiche dei mezzi e delle tecniche di guida e di posizionamento negli interventi;
- f)* sviluppo dei rapporti con le altre figure professionali;
- g)* conoscenza dei fondamenti della traumatologia e della gestione delle lesioni traumatiche.

Materie d'insegnamento:

- a)* area socio-culturale, istituzionale e legislativa: principi di etica professionale; organizzazione del Servizio sanitario nazionale ed elementi di legislazione sanitaria; lingua straniera;
- b)* area igienico-sanitaria: igiene e prevenzione nell'ambito del soccorso; traumatologia e trattamento delle lesioni da trauma;
- c)* area tecnico-operativa: tecniche avanzate di guida e di posizionamento dei mezzi di soccorso; radiocomunicazione; prevenzione antinfortunistica negli interventi di soccorso; tecnologie sanitarie per il soccorso.

3) Modulo avanzato (facoltativo) relativo a tematiche professionali specifiche (non più di 100 ore di teoria, 200 ore fra esercitazioni e tirocinio). Obiettivi didattici del modulo:

approfondimento delle competenze acquisite con speciale riferimento a particolari competenze o a specifici ambienti operativi.

Le materie di insegnamento sono specificate contestualmente alla definizione del modulo nelle varie realtà regionali e nelle province autonome.

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 179
XVIII Legislatura

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) (sui lavori della Commissione)

[N. 180 \(pom.\)](#)

17 novembre 2020

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 12[^] Commissione permanente (Igiene e sanita')

1.3.2.1.1. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 180 (pom.) del 17/11/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)
MARTEDÌ 17 NOVEMBRE 2020
180ª Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il vice ministro della salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,45.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La **PRESIDENTE** comunica quanto convenuto nella riunione dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi dello scorso 12 novembre.

In primo luogo, si è deciso di richiedere alla Presidenza del Senato il deferimento di due nuovi affari assegnati: il primo, in sede riunita con la Commissione 7a, su "Impatto della didattica digitale integrata sui processi di apprendimento e sul benessere psicofisico degli studenti"; il secondo su "Iniziative per favorire il ritorno alla normalità delle cure e il riconoscimento dei diritti dei malati oncologici".

In secondo luogo, si è deciso di avviare la trattazione dei disegni di legge in materia di tutela della salute mentale e di quelli concernenti la figura dell'autista soccorritore.

Avverte, quindi, che è stata individuata la data per lo svolgimento della già programmata audizione della Direttrice generale della Direzione Salute della Commissione europea, Sandra Gallina, sulle politiche di competenza della Direzione, con particolare riferimento alla questione dei vaccini anti-COVID-19: previa autorizzazione del Presidente del Senato, l'audizione avrà luogo, in videoconferenza, il prossimo martedì 1º dicembre, in sede riunita con la Commissione 14a.

La Commissione prende atto.

IN SEDE CONSULTIVA

(2013) *Conversione in legge del decreto-legge 9 novembre 2020, n. 149, recante ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese e giustizia, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*

(Parere alle Commissioni 5a e 6a riunite. Esame. Parere favorevole.)

La **PRESIDENTE** (*IV-PSI*), relatrice, riferisce sul provvedimento in titolo, recante conversione in legge del decreto-legge n. 149 del 2020, cosiddetto decreto ristori 2.

Premette che il decreto-legge in conversione consta di 32 articoli e che, a quanto risulta, il Governo è intenzionato a farne confluire i contenuti all'interno del decreto ristori 1 (decreto-legge n. 137 del 2020), già esaminato dalla Commissione.

Ciò detto, passa a riferire sugli agli articoli che attengono a profili d'interesse sanitario.

L'articolo 9 integra le disposizioni dell'articolo 4 del decreto legge n. 34 del 2020 relativamente alle prestazioni acquistate dal Servizio Sanitario Nazionale, nel periodo emergenziale, da strutture private accreditate.

L'articolo in esame, in particolare, modifica il comma 5 della disposizione richiamata ed inserisce nella stessa i nuovi commi *5-bis* e *5-ter*.

Con l'inserimento del comma *5-bis* viene riconosciuto un contributo "una tantum" a tutte le strutture private accreditate che, in virtù di provvedimenti regionali, abbiano sospeso le attività di ricovero e ambulatoriali per effetto del COVID (sia quelle che sono entrate nella rete COVID, sia quelle che sono rimaste fuori). Il ristoro - fino ad un massimo del 90 per cento del *budget* assegnato per l'anno 2020 - tiene comunque conto della produzione resa e rendicontata nel corso dell'anno 2020. Detto ristoro "una tantum", legato all'emergenza in corso, mira a remunerare i soli costi fissi sostenuti e rendicontati dalla struttura privata accreditata.

Con le modifiche apportate al succitato comma 5 dell'articolo 4 del decreto-legge n. 34 del 2020 (trasformato in disposizione a regime fino al termine dell'emergenza epidemiologica), si intende invece regolamentare un aspetto tipicamente finanziario legato agli acconti da riconoscere e già riconosciuti alle stesse strutture private accreditate che, a seguito di un provvedimento regionale per effetto del COVID, abbiano sospeso le attività. Nel medesimo comma 5, si prevedono acconti in misura mensile correlati al 90 per cento del *budget* assegnato alle strutture private accreditate, da operarsi salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati.

Conseguentemente, le regioni e le province autonome, una volta definito - ai sensi del comma *5-bis* - l'importo spettante alla struttura privata accreditata sulla base della produzione resa, come rendicontata, e sulla base della rendicontazione dei costi fissi, a ristoro dei quali verrà riconosciuto il contributo "una tantum", potranno operare i dovuti conguagli rispetto agli acconti erogati ai sensi del comma 5.

La disposizione illustrata, ai sensi del comma *5-ter*, si applica anche agli acquisti di prestazioni socio sanitarie, per la sola parte a rilevanza sanitaria.

L'articolo 10, al fine di contrastare e contenere il diffondersi del COVID-19, autorizza per l'anno 2021 l'arruolamento, a domanda, di personale dell'Esercito italiano, della Marina militare, dell'Aeronautica militare in servizio a tempo determinato, con una ferma della durata di un anno, non prorogabile, e posto alle dipendenze funzionali dell'Ispettorato generale della Sanità militare, e in particolare di 30 ufficiali medici con il grado di tenente o grado corrispondente (di cui 14 dell'Esercito italiano, 8 della Marina militare e 8 dell'Aeronautica militare) e di 70 sottufficiali infermieri con il grado di maresciallo (30 dell'Esercito italiano, 20 della Marina militare e 20 dell'Aeronautica militare).

Per quanto riguarda gli ufficiali medici reclutati ai sensi dell'articolo in esame, il comma 4 dello stesso rinvia all'articolo 19, comma *3-bis*, del decreto-legge n. 34 del 2020, che prevede che, qualora i medici arruolati siano iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso di una scuola universitaria di specializzazione in medicina e chirurgia, essi restano iscritti alla scuola con sospensione del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica. Il periodo di attività, svolto esclusivamente durante lo stato di emergenza, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, tecniche e assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

L'articolo 17 sostituisce gli allegati del decreto legislativo n. 81 del 2008, e successive modificazioni, concernenti le misure di sicurezza sul lavoro relative agli "agenti biologici classificati". In particolare, tali allegati concernono, rispettivamente, le attività nei laboratori (o nei locali destinati ad animali da laboratorio) e le attività nei processi industriali che comportino l'uso dell'agente biologico o un'esposizione allo stesso. La nuova versione degli allegati fa proprio il contenuto dell'ultima versione

degli allegati V e VI della direttiva 2000/54/CE28, e successive modificazioni.

L'articolo 19 proroga dal 31 dicembre 2020 al 31 dicembre 2021 l'applicazione della norma transitoria (di cui all'articolo 10 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27) che consente all'INAIL di conferire incarichi di lavoro autonomo (anche di collaborazione coordinata e continuativa), a tempo determinato, a 200 medici specialisti ed a 100 infermieri.

Detti incarichi sono previsti in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19 ed anche (in tale ambito) in considerazione del ruolo di "soggetto attuatore" svolto dall'INAIL.

L'articolo 30 - introducendo un comma 16-*bis* nell'articolo 1 del decreto-legge n. 33 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 74 del 2020, e successive modificazioni - disciplina la pubblicazione dei risultati del monitoraggio relativo all'emergenza epidemiologica e definisce una procedura di individuazione delle regioni destinatarie di misure restrittive.

Con la novella in esame si prevede, in primo luogo, che il Ministero della salute pubblici, sul proprio sito internet istituzionale, con cadenza settimanale, i risultati del monitoraggio del rischio sanitario connesso all'evoluzione della situazione epidemiologica relativa alla diffusione del virus SARS-CoV-2 e che comunichi tali risultati ai Presidenti di Camera e Senato.

Si demanda inoltre - sulla base dei dati acquisiti e delle relative elaborazioni condotte dalla Cabina di regia per la classificazione del rischio - al Ministro della salute, sentito il Comitato tecnico-scientifico, l'individuazione, con ordinanza, sentiti i presidenti di regione interessati, delle regioni a più alto rischio epidemiologico, destinatarie di misure più restrittive. Sono altresì disciplinati i profili temporali dell'efficacia delle suddette ordinanze del Ministro della salute e si prevede che, in ogni caso, sempre con ordinanza del Ministro della salute e sentito il Presidente della regione interessata, possano essere individuate parti del territorio regionale nelle quali non si applicano le misure in questione.

Sono inoltre stabilite forme di pubblicità dei verbali della Cabina di regia e del Comitato tecnico-scientifico (pubblicazione per estratto, concernente il monitoraggio dei dati, sul sito internet istituzionale del Ministero della salute).

Si prevede, infine, la pubblicazione, entro il 12 novembre, dei dati del monitoraggio posti a base dell'ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020 (ordinanza con la quale è stata operata una prima individuazione delle regioni ove applicare le misure più restrittive previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 novembre 2020).

Si apre la discussione generale.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) trova che il *modus operandi* del Governo sia imbarazzante: quello in esame è il ventunesimo provvedimento d'urgenza sul Covid ed innumerevoli sono i decreti attuativi e gli altri atti correlati. Evidenzia che il frutto di questa azione abborracciata è il caos. Invita a considerare che altri Paesi, come ad esempio la Svizzera, hanno adottato poche e chiare ordinanze per gestire l'emergenza epidemiologica.

Quanto al merito del provvedimento in esame, rileva che mancano misure strutturali per il sostegno alla ripresa economica e che si continuano a distribuire risorse in maniera asistemica. Sottolinea che sono a rischio di chiusura centinaia di attività produttive e commerciali, con le intuibili conseguenze in termini di perdita di gettito fiscale ed aggravamento del sistema di *welfare*.

Segnala che la maggior parte delle persone desidera solo lavorare e sostenersi con la propria attività e non ricevere sussidi, ma comprende che questo modo di pensare sia difficile da capire per una parte dell'attuale maggioranza. Ritiene che sarebbero necessari interventi risoluti come quelli adottati dalla Germania, volti a garantire serio ristoro e reale possibilità di prosecuzione delle attività.

Rileva che, per assicurare le coperture rese necessarie dal provvedimento in esame, vi è stata la sottrazione di risorse al fondo per il pagamento dei debiti degli enti territoriali e degli enti del SSN: trova che ciò sia dissennato, considerata la situazione di ritardo nei pagamenti in cui versa l'Italia, specie nel settore della sanità.

Osserva che la riprova della pessima programmazione economica del Governo è l'annuncio del

decreto "ristori 3": si va cioè avanti per approssimazioni successive, mentre è già alle viste un nuovo scostamento di bilancio e ci si ostina a non fare ricorso ai fondi del MES.

Reputa che i ceti produttivi del Paese siano sconfortati dall'azione del Governo.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) reputa che il provvedimento in discussione imponga, per le materie di competenza della Commissione, di focalizzarsi essenzialmente sull'articolo 9, sancendo la possibilità che vengano riconosciuti alle strutture accreditate fondi pari fino al 90 per cento del *budget* contrattato ancorché non prestazionalmente erogato. Osserva che potrebbe essere "saggio" far correlare alla possibilità di accedere a questo *benefit* l'obbligo di fornire alle Regioni tutte quelle prestazioni anche domiciliari che possono essere connesse all'emergenza, ovviamente fino alla concorrenza del *budget* al netto dei costi fissi. Ricorda che pensare che il sistema domiciliare e diagnostico a livello territoriale venga implementato addossandone prevalentemente ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta la realizzazione dimostra la non conoscenza dello stato di fatto e di diritto, come comprovato da recente sentenza del TAR del Lazio. Saggiunge che chi aderisce al *benefit* dovrebbe impegnarsi a fornire altresì le informazioni indispensabili affinché si possa dar corso a quella tracciabilità degli impieghi necessaria al *rating* prestazionale, sì da superare la logica dei *budget* storicizzati e delle funzioni non tariffabili e di tutte quelle altre distorsioni per cui si intende promuovere l'istituzione della Commissione di Inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

Osserva che occorre fare in modo che tutte che le strutture sanitarie accreditate e a contratto che beneficeranno di tale ristoro economico debbano assicurare quelle prestazioni sul territorio elettivamente a domicilio che le USCA non riescono a coprire, e rendere possibile l'implementazione di un sistema di *rating*, che potrebbe essere avviato per i primi due anni su base volontaria, a fronte di adeguate incentivazioni per gli operatori, e poi ricondotto a sistema di valutazione e remunerazione delle attività contrattualizzabili in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

Rileva, inoltre, che per dare piena attuazione alle finalità della norma la previsione dovrebbe essere estesa anche al socio sanitario ed assistenziale, in specie per quanto riguarda il potenziamento delle attività di degenza a bassa intensità di cure/bassa complessità per pazienti eleggibili, vale a dire che non necessitano di ospedalizzazione per acuti, ma le cui fragilità suggeriscono una permanenza in strutture protette in regime di SSN, ben potendo essere efficacemente presi in carico presso unità di offerta non classificabili come ospedaliere con standard minimi predefiniti. Si potrebbe così incrementare efficacemente l'offerta di prestazioni domiciliari e di altri interventi, non solo per l'attività ambulatoriale e di *test* diagnostici, strettamente connessa al Covid-19.

Ritiene che si dovrebbe prevedere che le Regioni e le Province autonome possano erogare anche alle Residenze Sanitarie Assistenziali, alle Residenze Socio sanitarie per Disabili, ai Centri diurni per anziani e per persone con disabilità, ai Centri diurni e semiresidenziali per minori, per la Salute mentale, per le Dipendenze e per persone senza fissa dimora, il *budget* previsto dal contratto, sia esso in regime di convenzione o concessione dei servizi per l'anno 2020 e 2021.

Saggiunge che, per avere titolo al "contributo speciale", l'erogatore pubblico e privato accreditato dovrebbe comunque e sempre essere tenuto al debito informativo di tutti flussi economici e di attività necessari per la costruzione dei parametri alla base del sistema di *rating* prospettato. Le certezze derivanti dalla rilevazione e dall'analisi oggettiva dei costi, del valore sanitario, socio sanitario e assistenziale e dei prezzi dovranno corrispondere a risultati/esiti in punto di prestazioni tariffate: questa, a suo avviso, dovrebbe essere l'equazione di riferimento.

Reputa inoltre che la possibilità introdotta dalla norma, se opportunamente emendata, dovrebbe accompagnarsi più in generale, nel rispetto degli stanziamenti complessivamente assegnati alle Regioni e alle Province Autonome, ad una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto dai decreti-legge nn. 18 e 34, che attualmente sono vincolate a specifica destinazione. Ricorda che tutti i servizi sanitari e socio sanitari regionali si sono trovati nella necessità di potenziare appalti di servizi tecnici, di acquisizione di attrezzature di tecnologia sanitaria, di servizi di trasporto sanitario, e di provvedere all'acquisizione di

dispositivi di protezione individuale, la cui dimensione economica è assolutamente di rilievo. Rileva che l'attesa flessibilità andrebbe agganciata alla "rilevazione del costo standard sanitario e socio sanitario", avviando un percorso virtuoso di rilevazione delle differenze di costi tra un bene e un servizio in emergenza rispetto all'ordinarietà, mediante la previsione di un'integrazione del flusso di tracciamento dei costi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge n. 18 del 2020 come modificato dalla legge n. 27 del 2020, con esplicitazione della differenza tra "costo in emergenza" e "costo ordinario".

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*), oltre a stigmatizzare l'affastellarsi di provvedimenti di urgenza, segnala una crescente sensazione di disagio nella cittadinanza, dovuta al fatto che le misure del Governo, sempre più spesso, incidono su aspetti della vita privata e familiare delle persone, con una impostazione di tipo stato-centrico.

Esprime incidentalmente sconcerto per la gestione dell'emergenza sanitaria in Calabria, che ha prodotto recentemente l'allontanamento di due commissari e la rinuncia di un terzo potenziale commissario, asseritamente per "motivi familiari".

Deplora le restrizioni imposte dal Governo alla didattica in presenza nonché il conflitto istituzionale tra Stato e Regioni sul punto: si tratta di misure che impattano pesantemente sui processi di apprendimento e sul benessere degli studenti e che hanno un costo sociale elevato, sostenuto per lo più dalle donne lavoratrici.

In conclusione, esprime il convincimento che la cittadinanza abbia raggiunto un punto di saturazione rispetto alle politiche messe in campo dal Governo.

La senatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*) invita a considerare che il provvedimento d'urgenza in esame, così come diversi di quelli in precedenza adottati, è stato reso necessario dall'inerzia delle Regioni rispetto agli interventi previsti dalla normativa vigente per il potenziamento della sanità pubblica, sia ospedaliera che territoriale.

In relazione alla disposizione inerente agli erogatori privati accreditati, ritiene necessaria una modifica volta a prescrivere la rendicontazione delle prestazioni rese entro un termine di sei mesi e fa presente di aver predisposto un emendamento in tal senso.

Riguardo alla situazione dei medici di medicina generale, osserva che il loro coinvolgimento nelle cure domiciliari e nella effettuazione di tamponi deriva dai ritardi delle Regioni nell'attivazione delle USCA. In ogni caso, ribadisce che è giunto il momento per ripensare il sistema di assistenza primaria, creando reti delle cure primarie all'interno del servizio sanitario nazionale e superando la formula ormai anacronistica della convenzione. Con specifico riguardo ai *test*, ritiene necessarie modifiche volte ad incentivarne l'esecuzione, alternativamente, all'interno degli studi medici che garantiscano adeguati livelli di sicurezza oppure nell'ambito di sedi idonee messe a disposizione dalle aziende sanitarie. Anche a tale proposito, annuncia di aver presentato appositi emendamenti.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) evidenzia che i "decreti ristori" sono volti a soddisfare le esigenze che mano a mano sorgono in base all'evoluzione della situazione epidemiologica, nel presupposto che occorra dare fiato a chi è colpito nella propria capacità di sostentamento dalle misure restrittive adottate dal Governo.

Sottolinea che in Italia, a causa del riparto di competenze previsto dal Titolo V della Costituzione, è particolarmente difficile ottenere risultati omogenei attraverso iniziative legislative statali: ne è prova la diversificata implementazione delle USCA all'interno delle varie Regioni.

Rimarca che è necessario svolgere un monitoraggio sull'attuazione delle disposizioni legislative, intervenendo se del caso anche con sanzioni, a fronte di accertati inadempimenti.

Trova opportuno che lo Stato si faccia carico di ristorare anche le strutture sanitarie private, considerato che in questo modo si tutelano anche i relativi lavoratori e si evitano sperequazioni rispetto a coloro che operano all'interno di strutture sanitarie pubbliche.

Quanto alla didattica a distanza e alla necessità di tenere conto delle esigenze delle lavoratrici e

dei lavoratori, ricorda che sono state adottate misure *ad hoc*, come il *bonus babysitter*.

Concorda sull'opportunità di ridisegnare il ruolo dei medici di medicina generale, portando a compimento un progetto già delineato dalla legge Balduzzi e in qualche modo adombrato dalla stessa legge n. 833. Sottolinea che sarà però necessario prevedere un adeguato periodo di transizione dal vecchio al nuovo regime.

Dopo aver ricordato che il provvedimento in esame, per quanto di competenza della Commissione, reca disposizioni rilevanti anche in tema sicurezza sul lavoro (articolo 17) e di risorse umane dell'INAIL (articolo 19), rimarca che il Governo sta davvero cercando di fare tutto ciò che è possibile per proteggere la salute e sostenere al contempo l'economia, senza penalizzare alcuna categoria.

Il senatore [ENDRIZZI](#) (*M5S*) domanda se qualcuno intenda negare che a causa dell'emergenza epidemiologica ci sono morti, persone gravemente malate, rischi di paralisi della pubblica amministrazione e condizioni di estrema difficoltà all'interno delle RSA, solo per fare alcuni esempi.

Ritiene che, nel quadro presente, il Governo stia cercando di individuare misure di tipo chirurgico per evitare un nuovo *lock down* totale, che probabilmente non sarebbe sostenibile sul piano sociale ed economico, dovendo fare i conti anche con le inerzie e gli atteggiamenti attendistici delle regioni e degli enti locali.

Ritiene che ben si possono raccomandare comportamenti responsabili anche nell'ambito della vita privata e familiare, considerato che tali raccomandazioni sono volte alla protezione delle persone più fragili.

Conclusivamente, pur nel rispetto per il confronto, anche dialettico, tra le forze politiche, manifesta l'auspicio che non ci si divida in questa fase drammatica nella vita del Paese.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) ritiene che la mancanza di autorevolezza del Governo, unitamente al comportamento biasimevole dei mezzi di informazione, stia generando nella cittadinanza un senso di spaesamento: l'azione dell'Esecutivo è percepita come stravagante e contraddittoria. Reputa che ciò sia dovuto anche al fatto che, durante la prima ondata, a fronte di una epidemia circoscritta nel Nord del Paese, si è adottato un provvedimento di *lock down* integrale, mentre ora, in presenza di criticità diffuse sul territorio nazionale, si propende per misure diversificate.

E' dell'avviso che il Governo sia stato percepito come poco autorevole anche in relazione alle vicende dell'indagine di sieroprevalenza e dell'app immuni, nonché nella gestione del "doppio binario" tra misure di mitigazione e misure di contenimento. A tale ultimo riguardo, deplora che dopo tanti mesi di emergenza ancora non si sia adeguata la capacità del sistema di effettuare un adeguato numero di tamponi e di intercettare i soggetti asintomatici.

Fa rilevare che nessuno indulge a sterili polemiche e che tutti stanno cercando di remare dalla stessa parte, ma sembra obiettivamente giunto il momento del *redde rationem*, con il sistema investito dalla seconda ondata e con i servizi sanitari regionali al collasso.

Si dichiara disponibile a collaborare con la maggioranza, ad esempio sostenendo le proposte emendative annunciate dalla senatrice Castellone, che appaiono di buon senso, ma stima necessario che ci sia una reale apertura, al di là delle frasi di rito a beneficio delle telecamere, verso le proposte dell'opposizione.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) ricorda che è stato autorevolmente sostenuto che siamo in una fase storica in cui c'è da attendersi una sempre maggiore frequenza delle pandemie.

In tale contesto, reputa necessaria una visione strategica a lungo termine, sia sulla sanità che sull'economia, e trova che le misure sin qui adottate dal Governo siano state frammentarie e disorganiche, tanto che nessuno dei risultati attesi è stato raggiunto.

Ritiene che il Ministero della salute si sia mosso con ritardo nell'approntare i documenti per il contenimento della pandemia e stigmatizza la scarsa presenza in Commissione del Ministro della salute.

In riferimento all'articolo 9 del provvedimento in esame, rileva che il ristoro previsto per le strutture private accreditate può giungere al 90 per cento e che misure come quella in discorso, in un contesto in cui si devono prevedere correttivi in termini di rendicontazione, sono generatrici di ulteriore debito a carico delle future generazioni e non garantiscono alcun ritorno in termini di riforma del sistema sanitario.

La senatrice [MARIN](#) (*L-SP-PSd'Az*) obietta che non tutte le regioni possono essere poste sullo stesso piano: a fronte di regioni inadempienti, vi sono regioni come il Friuli-Venezia Giulia che si sono attivate tempestivamente per i necessari interventi di adeguamento del sistema sanitario.

In relazione agli interventi "chirurgici" cui si è fatto riferimento, reputa indispensabile conoscere tutti i dati in base ai quali il Governo ha deciso le diverse colorazioni delle regioni, dal momento che in realtà territoriali caratterizzate da un andamento del tutto simile - come il Veneto e il Friuli-Venezia Giulia - sono state adottate misure diverse. Più in generale, ritiene necessario che detti dati siano posti nella disponibilità della comunità scientifica.

Segnala che vi sono problemi notevoli di gestione dei soggetti ospitati nei centri di accoglienza, anche a livello di sorveglianza sanitaria, e vi è il rischio che si creino dei focolai.

Ritiene, infine, che vi debbano essere dei limiti all'intrusione del Governo nella sfera privata e personale dei cittadini: le raccomandazioni in proposito sono giustificabili solo se dotate di un solido fondamento.

Non essendovi altre richieste di intervento, la [PRESIDENTE](#) (*IV-PSI*) dichiara conclusa la discussione generale.

Quindi, in qualità di relatrice, replica ai senatori intervenuti nel corso del dibattito.

Rileva che il confronto è stato assai ampio e profondo, andando ben al di là dei profili di stretta competenza della Commissione, ed ha toccato i nodi della dialettica tra libertà e responsabilità, che mai come in questo momento storico è attuale e chiama in causa il rapporto con l'altro da sé.

In quest'ottica, rimarca che per il Governo sarebbe stato più semplice disporre un nuovo *lock down* totale, ma invita a considerare che si è preferito imboccare la strada più stretta del richiamo alla responsabilità dei comportamenti.

Segnala che tutti i paesi investiti dalla pandemia, anche quelli che hanno adottato un approccio originale, come la Svezia, si trovano ora in una situazione di profonda difficoltà.

Quanto alla questione dei tamponi, preso atto che vi sono varie ricette in proposito, ritiene che si debba riconoscere che vi è stato un ritardo nell'approntare le scorte per far fronte alla paventata seconda ondata. Poiché concorda con chi prospetta la necessità di convivere con fenomeni di tipo pandemico, ritiene cruciale porre mano ad una seria programmazione, per fare in modo che il Paese non si trovi impreparato di fronte ad eventuali nuove emergenze.

Nella fase attuale, stima indispensabile allentare la pressione sul sistema sanitario, essendo ciò funzionale anche alle possibilità di ripresa economica.

Quanto alle specifiche problematiche della sanità calabrese, rileva che la sede per la loro trattazione è il procedimento di conversione del "decreto Calabria", che come è noto ha avuto inizio alla Camera.

In riferimento all'articolo 9 del decreto-legge in conversione, ricorda che quest'ultimo è volto a integrare una disposizione del decreto-legge n. 34 del 2020, prevedendo dei ristori non disgiunti da oneri di rendicontazione.

Riguardo all'articolo 30, osserva che esso affronta la questione fondamentale della pubblicità dei dati, mai come in questo momento al centro dell'attenzione. In proposito, reputa necessario puntare ad una comunicazione istituzionale più chiara e comprensibile, che sarebbe funzionale anche ad una maggiore aderenza alle indicazioni governative. Inoltre, come emerso nel corso delle audizioni svolte, rileva la necessità di approfondire l'adeguatezza dei criteri e di affinare la qualità dei dati a disposizione, raggiungendo livelli territoriali e ambiti attualmente non monitorati.

In conclusione, esprime il convincimento che la Commissione potrà rappresentare una sede

adeguata per l'individuazione di convergenze tra maggioranza e opposizione e segnala che alcuni degli affari in corso di trattazione o in programma, come quello sulla medicina territoriale e quello sull'impatto della didattica a distanza, forniranno il destro per individuare soluzioni da offrire al Governo e al Paese.

Propone di esprimere, per quanto di competenza della Commissione, parere favorevole.

Si procede alle dichiarazioni di voto.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), ringraziata la Presidente per le aperture e sottolineato che l'emergenza sanitaria va ormai considerata su un piede di parità rispetto all'emergenza economica, dichiara che la sua parte politica esprimerà un voto di astensione, da interpretare quale manifestazione di disponibilità alla collaborazione.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) esprime rammarico nel rilevare che le considerazioni espresse durante la discussione non sono state recepite, neppure parzialmente, nello schema di parere.

In particolare, si riferisce alla possibilità di subordinare il *benefit* dell'articolo 9 alla fornitura delle prestazioni, anche domiciliari, che possono essere connesse all'emergenza, con particolare riguardo alle prestazioni sul territorio elettivamente a domicilio di cui vi è necessità nell'attuale fase di recrudescenza epidemica e, al contempo, di rendere possibile l'implementazione di un sistema di *rating* sulla base dell'analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi, investendosi in prevenzione, buoni esiti e appropriatezza ed intervenendosi in chiave deflattiva e proattiva nel contrasto delle incongruenze e degli inadempimenti con premialità e penalità contrattualizzate.

Ribadisce che, per avere titolo al "contributo speciale", l'erogatore pubblico e privato accreditato dovrebbe essere anche tenuto al debito informativo di tutti flussi economici e di attività necessari per la costruzione dei parametri alla base del sistema di rating: le certezze derivanti dalla rilevazione e dall'analisi oggettiva dei costi, del valore sanitario, socio sanitario e assistenziale e dei prezzi dovranno corrispondere a risultati/esiti secondo il principio del giusto corrispettivo a tariffa, in forza di nuove regole di ingaggio aderenti all'equazione di riferimento.

Rimarca che a questa dinamica dovrebbe correlarsi, più in generale, a invarianza di risorse già complessivamente stanziare, una maggiore flessibilità nell'impiego dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* di FSN, che tenga conto degli attuali limiti, surrettiziamente ostativi all'ottimale impiego delle risorse disponibili considerata la peculiarità dell'attuale fase di recrudescenza epidemica. Rammenta che tutti i sistemi sanitari e socio sanitari di Regioni e Province autonome, a cui lo Stato ha delegato compiti suoi propri tipici del Governo centrale ad assetto costituzionale ed ordinamentale vigente con trasferimento delle relative responsabilità, si sono trovati nella necessità di potenziare appalti di servizi tecnici e tecnologici, di trasporto sanitario, forniture di DPI e molto altro ancora la cui dimensione economica è decisamente significativa. Fa rilevare che, agganciando normativamente l'attesa flessibilità alla rilevazione del costo *standard* sanitario, e socio sanitario si introdurrebbe un meccanismo di leale collaborazione istituzionale e di garanzia utile ad avviare un percorso virtuoso di rilevazione delle differenze di costi tra un bene e un servizio in emergenza rispetto all'ordinarietà. Sottolinea che l'adottando parere avrebbe potuto ben essere occasione per fornire indicazioni e osservazioni migliorative in chiave di rilancio e sostenibilità del SSN.

Infatti, a suo avviso, la base dei costi ordinari potrebbe essere assunta per costruire finalmente i cosiddetti costi standard in sanità e assistenza con un percorso *bottom up* che, a fronte della flessibilità, impone alle Regioni tale debito informativo.

Conclude rilevando che il mancato accoglimento delle proposte avanzate impone di esprimere, nonostante le dichiarate disponibilità della relatrice, un voto di astensione.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*) ricorda che i 21 parametri utilizzati dal Governo non sono "usciti da un cilindro" ma sono il frutto di approfondimenti tecnico scientifici e confronti con i diversi attori istituzionali coinvolti.

Segnala l'importanza dell'articolo 10 del decreto-legge in conversione, sul quale non ci si è soffermati nel corso del dibattito, che al fine di contrastare e contenere il diffondersi del Covid-19 consente il potenziamento delle risorse di personale della sanità militare.
Ciò posto, dichiara che il suo Gruppo esprimerà voto favorevole.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) annuncia a sua volta voto favorevole a nome del proprio Gruppo, riportandosi alle considerazioni svolte durante la discussione e ricordando che il provvedimento potrà essere integrato in sede emendativa.

Non essendovi altre richieste di intervento, previa verifica del numero legale, la proposta di parere avanzata dalla relatrice è posta ai voti e risulta approvata.

La [PRESIDENTE](#) dispone la sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle 17,30, riprende alle 17,35.

IN SEDE REDIGENTE

[\(Doc. XXII, n. 2\)](#) **Maria RIZZOTTI ed altri** - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale*

[\(Doc. XXII, n. 13\)](#) **AUDDINO ed altri** - *Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*

[\(Doc. XXII, n. 14\)](#) **IANNONE** - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania*

[\(Doc. XXII, n. 16\)](#) **SILERI ed altri** - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*

[\(Doc. XXII, n. 19\)](#) **ZAFFINI, CIRIANI** - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*

(Rinvio del seguito della discussione congiunta.)

La Commissione conviene sulla proposta del senatore [ZAFFINI](#) (FdI) di rinviare il seguito della discussione congiunta alla giornata di martedì prossimo, 24 novembre.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

SCONVOCAZIONE DELLA SEDUTA DI DOMANI

La [PRESIDENTE](#) avverte che la seduta già convocata alle ore 9 di domani, mercoledì 18 novembre, non avrà più luogo.

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 17,40.

