Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO SOMMARIO
Resoconti
Allegati

n. 453
Supplemento

GIUNTE E COMMISSIONI

Sedute di martedì 17 novembre 2020

I N D I C E

Commissioni permanenti

12ª - Igiene e sanità:
Plenaria . . . . . *Pag.* 3

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB.

IGIENE E SANITÀ (12ª)

Martedì 17 novembre 2020

Plenaria

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 avrò 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 pubblichi, 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 asistematica. 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 CANTÙ *(L-SP-PSd'Az)* reputa che il provvedimento in discussione imponga, per le materie di competenza delle Commissione, di focalizzarsi essenzialmente sull'articolo 9, sancente 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. Soggiunge 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.

Soggiunge 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 an-

che 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 propria 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.

È 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 sè.

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 fronti 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 CANTÙ *(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 stanziate, 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 av-

viare 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 ore 17,30, riprende alle ore 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.

€ 1,00