

## PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d’iniziativa dei senatori ZAFFINI, CALANDRINI, LA PIETRA, NASTRI, PETRENGA,  
RAUTI, RUSPANDINI, TOTARO e URSO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 MAGGIO 2021

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e  
l’efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sulle cause e sulla gestione  
dell’epidemia da virus SARS-CoV-2

ONOREVOLI SENATORI. – Dotare il Parlamento di un organo investito della funzione ispettiva e conoscitiva su una materia di pubblico interesse, come lo è la materia della gestione efficiente e responsabile del Servizio sanitario nazionale nell’ottica dell’adeguatezza dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), rappresenta un adempimento istituzionale necessario e indispensabile, in ragione dei controversi risultati che si registrano sul piano delle *performance* nel settore sanitario e dell’elevata differenziazione in termini di qualità dei servizi e di tutela e salvaguardia della salute nelle diverse aree regionali del Paese. Tale esi-

genza « strutturale » nel sistema istituzionale nazionale, già del resto formalizzata dal proponente nella legislatura corrente con la proposta d’inchiesta parlamentare sui medesimi temi e argomenti, presentata lo scorso 18 giugno 2019 (*Doc. XXII, n. 19*), si è manifestata con forza, tornando prepotentemente al centro del dibattito politico con l’infausto avvento della gravissima crisi sanitaria provocata dalla diffusione del virus SARS-CoV-2, che, corroborando l’esigenza di una profonda riflessione e verifica sull’adeguatezza del Servizio sanitario nazionale rispetto alla funzione costituzionale primaria di tutela della sicurezza e dell’incolumità dei

cittadini e della salvaguardia della salute della popolazione, richiede adesso la massima attenzione e una pronta risposta.

Se nell'immediatezza della crisi pandemica infatti l'esigenza di collaborazione leale tra tutte le forze politiche senza distinzioni di sorta ha determinato il doveroso accantonamento della ricerca delle cause e delle eventuali responsabilità gestionali, nonché la verifica e l'analisi oggettiva della congruità ed efficacia delle scelte poste in essere dalle autorità pubbliche, il tempo delle risposte non può essere procrastinato oltre.

L'inchiesta parlamentare qui proposta, alla luce di quanto accaduto nei molti mesi ormai trascorsi e spesi nello sforzo titanico volto a fronteggiare un'emergenza di portata epocale e senza precedenti, rappresenta l'occasione unica per accendere un faro sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e l'adeguatezza dello stesso a far fronte ai nuovi e inediti scenari che vanno profilandosi e che investono da un lato il tema della sostenibilità, dall'altro quello della responsabilità sia di ordine gestionale che di carattere politico, oltre che, con i poteri e le limitazioni che la Costituzione attribuisce a una commissione d'inchiesta, sul piano giudiziario. E anche al netto della crisi pandemica, è del tutto evidente come il Servizio sanitario nazionale nella sua complessità comprenda, o contenga, al contempo elementi contrastanti: sul piano esterno e nella comparazione internazionale, gli indici di *performance* consentono al nostro Paese di attestarsi su livelli di assoluta qualità ed in posizioni di primato, specie in termini di equità e universalità di accesso alle cure, come confermano le più recenti rilevazioni elaborate dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico e dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Tuttavia, profondamente diversa è la rappresentazione del sistema sul versante interno e della sua articolazione e organizza-

zione a livello territoriale (regionale e locale): è qui che si registrano infatti le maggiori criticità, considerata la sistematica presenza di forti squilibri, sia di natura economico-finanziaria, che in termini di pari opportunità di accesso da parte dei cittadini residenti nelle diverse aree del Paese ai servizi essenziali di prestazione e assistenza, e dunque con un grado estremamente diversificato rispetto all'adeguata tutela e salvaguardia della salute, all'erogazione e fruizione dei servizi e alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Una serie di criticità che, proprio sul piano domestico e della gestione interna, necessita di prioritaria attenzione e costante monitoraggio da parte del Parlamento nazionale, in continuità, del resto, con la tradizione istituzionale che storicamente, nel susseguirsi delle diverse legislature non ha mancato – sia pure con diverso approccio e diverso grado di tenuità o accentuazione – di riservare alla questione sanitaria una posizione di centralità nel dibattito politico e istituzionale; a riprova del fatto che le disparità di accesso al sistema sanitario e la percezione delle disparità di trattamento sul territorio nazionale hanno rivestito un ruolo cruciale nell'orientamento e nella formazione della pubblica opinione e nel comune sentire della società civile, specie sul versante della configurazione e dell'aderenza tra le condizioni reali della sanità del Paese e il principio costituzionale di eguaglianza sostanziale, ad essa applicato.

E di fatto nella tradizione del Parlamento nazionale la questione sanitaria è ed è stata presente, e formalmente affrontata in diverse occasioni, portando con frequenza, sia pure con carattere di discontinuità e a fasi alterne, alla costituzione, in ambedue o in almeno uno dei rami del Parlamento, di un apposito organo parlamentare di inchiesta, di norma monocamerale, dedicato all'attività di investigazione e all'acquisizione di elementi

informativi, al monitoraggio e al controllo del settore sanitario.

Volendo ripercorrere brevemente l'evoluzione di tale dinamica istituzionale, notiamo infatti come una « Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie » abbia dispiegato le sue funzioni presso il Senato della Repubblica nel corso della legislatura XII; successivamente (legislatura XIII) sempre presso il Senato, si deliberò l'istituzione della « Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario », organo che scomparve dai due rami del Parlamento per un periodo relativamente lungo, per poi vedere nuovamente la luce, e per tre legislature consecutive, durante la XIV, XV e XVI, e tornare nuovamente a scomparire nella legislatura XVII.

In detta ultima legislatura tuttavia, la questione sanitaria già prima dell'avvento del COVID-19 ha rivestito un ruolo importante nei lavori parlamentari, pur non essendo stata oggetto di un'apposita inchiesta con relativa costituzione di un organo parlamentare dedicato. Sono rintracciabili infatti due indagini conoscitive deliberate dalle Commissioni parlamentari permanenti con competenza in materia socio-sanitaria: « Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica » (deliberata alla Camera dei deputati nell'ambito dei lavori della V Commissione, Bilancio, tesoro e programmazione e XII Commissione, Affari sociali), e « Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità », svolta presso il Senato della Repubblica nell'ambito dei lavori della 12<sup>a</sup> Commissione, Igiene e Sanità.

Nell'orientamento dei lavori della legislatura corrente, in considerazione delle persistenti e crescenti criticità che investono questo delicato e fondamentale comparto, lo strumento dell'indagine conoscitiva adottato

nella precedente legislatura non appare sufficiente; risulta invece più appropriato optare per la deliberazione di un'inchiesta parlamentare che consenta, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, al Parlamento della Repubblica, ed in questo caso al Senato nella sua organizzazione, di avviare ed espletare le opportune investigazioni, in condizioni di equiparazione di poteri con l'autorità giudiziaria. Un passaggio che appare obbligato e non rinviabile, e questo a causa delle crescenti criticità registrate in ambito sanitario.

Si tratta di fare tutto ciò che serve, e tutto ciò che è possibile, per far fronte a una situazione di drastica emergenza e che rischia non soltanto di travolgere i supremi interessi costituzionali in gioco, quali la tutela della salute e la parità di accesso di tutti i cittadini al sistema sanitario, ma rischia di avere effetti dirompenti sulla coesione territoriale e sociale, con effetti potenzialmente corrosivi per la « tenuta » dell'apparato istituzionale.

Ed è invero una preoccupazione che balza agli occhi guardando semplicemente alla mappa delle regioni attualmente sottoposte alla disciplina dei « piani di rientro », cioè i programmi operativi di riorganizzazione, potenziamento del Servizio sanitario regionale: si tratta di ben sette regioni, per lo più collocate nel Centro e nel Sud del Paese (Puglia, Abruzzo, Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Molise). Una situazione geograficamente ma anche socialmente al limite della sostenibilità, che configura l'emersione di un Paese letteralmente « diviso a metà » e contrassegnato da profonde iniquità, suscettibili, peraltro, di generare ulteriori aggravii.

Si consideri infatti che per le regioni sottoposte ai piani di rientro dai *deficit* sanitari, in sede di verifica annuale, il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, può comportare l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'a-

liquota dell'IRAP e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti. Come chiarito dal Ministero dell'economia e delle finanze, lo *status* del piano di rientro aggrava dunque la pressione fiscale su tutti i cittadini residenti, indipendentemente dallo scaglione di reddito. E il dato aggregato relativo al disavanzo delle regioni continua a registrare un considerevole aumento: +1,1 miliardi di euro nel 2017, in crescita di 168 milioni di euro rispetto ai 934 milioni di euro del 2016.

Ancora, si considerino gli effetti sul versante della mobilità sanitaria tra le regioni: un fenomeno che registra un *trend* inevitabilmente crescente e con un importante impatto economico *pro capite*: secondo l'ultimo rapporto elaborato dall'Osservatorio della Fondazione GIMBE, questo valore nel 2018 è pari a euro 4.618,98 milioni, percentuale considerata apparentemente contenuta (4,1 per cento) della spesa sanitaria totale (euro 113.112 milioni), ma che assume particolare rilevanza per l'impatto sull'equilibrio finanziario di alcune regioni, per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle regioni che si caratterizzano per un'offerta carente di servizi e infine (si legge nel *report*) « per l'aumento di prestazioni inappropriate in particolare nelle strutture private accreditate ».

L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL: al riguardo, la Ragioneria generale dello Stato ha pubblicato il Rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria relativo all'anno 2019 (quindi precedente al periodo della pandemia), nel quale si attesta che la stessa ha fatto registrare un incremento di 1,3 miliardi di euro rispetto all'anno precedente, per un valore complessivo di 117,3 miliardi di euro, e rispetto ai valori del 2002 (79 miliardi di euro circa) la spesa sanitaria è cresciuta ad un tasso medio annuo del 2,4 per cento, con un differenziale pari ad oltre 38 miliardi di euro.

Secondo il medesimo Rapporto, il dato sul disavanzo delle regioni, invece, nel 2019 è stato di 1,097 miliardi di euro (nel 2018 era di 1,101 miliardi di euro).

Rilevante inoltre il dato sulle differenze tra le regioni in termini di tasso di mortalità delle malattie croniche: tra le analisi dell'ultimo Rapporto « Osservasalute » sullo stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, pubblicato nel giugno del 2020 su dati del 2019, elaborato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, particolarmente rilevante risulta il dato sulla speranza di vita e sulla mortalità per causa nelle singole regioni, analisi che ha registrato una rilevante variabilità dei tassi di mortalità regionale tra regioni del Nord e regioni del Sud del Paese.

Secondo tale Rapporto « sia per gli uomini che per le donne è la Provincia Autonoma di Trento a presentare la maggiore aspettativa di vita alla nascita (82,2 e 86,6 anni, rispettivamente) », mentre « la Campania, invece, è la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa (79,4 anni per gli uomini e 83,6 anni per le donne) », evidenziando una fortissima sperequazione che deve essere attentamente esaminata al fine di identificarne le cause e l'eventuale persistenza di elementi causali direttamente connessi all'organizzazione e articolazione organica e strutturale del Servizio sanitario nazionale.

La lettura congiunta dei diversi studi e rapporti di monitoraggio disponibili descrive una situazione patologica persistente che in alcuni casi ha determinato la configurazione di situazioni di emergenza e urgenza, che hanno necessitato di interventi straordinari come nel caso di uno dei decreti in materia sanitaria varato dal Governo, il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante « Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria », convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, con

tutte le note conseguenze drastiche che ne sono derivate e che sono emerse in tutta la loro drammaticità e pericolosità in piena emergenza sanitaria ed epidemiologica nazionale.

Proprio a partire dall'analisi di queste dinamiche, appare assolutamente necessario procedere alla deliberazione dell'inchiesta parlamentare in argomento, nel convincimento che la sede naturale per la ricerca delle cause e responsabilità degli squilibri del sistema e per l'identificazione di corrispondenti e congrue soluzioni, nonché delle cause e delle responsabilità connesse alla gestione della crisi pandemica connessa alla diffusione del virus SARS-CoV-2 debba e non possa che essere quella parlamentare, concorrendo all'elevazione dei livelli di responsabilità amministrativa e all'affermazione dei principi di pubblicità, trasparenza, buon andamento, efficienza ed efficacia che si ritiene debbano permeare il sistema sanitario a tutti i livelli e nelle diverse articola-

zioni territoriali e organizzative. Un metodo di intervento in via preventiva e in sede parlamentare, quello dell'inchiesta parlamentare, che si ritiene certamente più proficuo e funzionale al perseguimento dell'interesse pubblico superiore a una sanità più equa, sana, responsabile e sicura; un metodo preferibile rispetto a quello della decretazione d'urgenza da parte del Governo, alla proliferazione di decreti del Presidente del Consiglio dei ministri e della « legislazione per emergenze », che non ha potuto che determinare la progressiva e oramai conclamata esautorazione del ruolo del Parlamento: un metodo, questo, che può semplicemente limitare parzialmente e gli effetti più evidenti delle distorsioni del sistema, ma che appare inadeguato o insufficiente rispetto alla necessaria azione di responsabilizzazione e riequilibrio degli assetti generali del Servizio sanitario nazionale anche e soprattutto alla luce della gravissima crisi sanitaria e pandemica tutt'ora in atto.

## PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

---

### Art. 1.

*(Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sulle cause e sulla gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2)*

1. Ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, è istituita, per la durata della XVIII legislatura, una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sulle cause e sulla gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2, di seguito denominata « Commissione », con il compito di indagare sugli eventi avversi sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale attinenti ai sistemi di monitoraggio e di controllo che, nelle regioni interessate dal decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, hanno contribuito alla formazione di disagi sanitari non sanabili autonomamente dalle regioni medesime nonché alla mancata piena erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), anche al fine di accertare le relative responsabilità. Compito della Commissione è altresì di indagare sulle cause e sulla gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2, sull'adeguatezza, l'efficacia e la tempestività delle iniziative poste in essere per il contrasto della diffusione del COVID-19 e per la gestione della crisi pandemica.

## Art. 2.

*(Composizione della Commissione)*

1. La Commissione è composta da ventotto senatori, nominati dal Presidente del Senato, in proporzione al numero dei componenti dei gruppi parlamentari, comunque assicurando la presenza di almeno un rappresentante per ciascun gruppo parlamentare.

2. Il Presidente del Senato, entro dieci giorni dalla nomina dei componenti, convoca la Commissione per la costituzione dell'ufficio di presidenza.

3. La Commissione, entro dieci giorni dalla conclusione dei suoi lavori, presenta all'Assemblea del Senato la relazione finale sulle indagini svolte.

## Art. 3.

*(Compiti della Commissione)*

1. La Commissione ha il compito di:

*a)* indagare sulla frequenza e sulle cause degli eventi avversi verificatisi negli ultimi cinque anni nelle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché sull'esistenza di metodi di accertamento, rilevazione e raccolta dei dati sugli stessi;

*b)* valutare l'incidenza degli eventi avversi di cui alla lettera *a)* in termini di perdite di vite umane o comunque di danni alla salute dei pazienti;

*c)* individuare le categorie cui sono riconducibili gli eventi avversi più frequenti, con riferimento a quelle relative ai difetti di organizzazione e amministrativo-gestionali, all'inadeguatezza delle strutture sanitarie per i profili strutturale, tecnologico e impiantistico, nonché alla carenza della dotazione del personale sanitario;

d) acquisire gli esiti delle attività di monitoraggio sul fenomeno delle infezioni ospedaliere;

e) indagare sulle cause degli eventi avversi e su quanti di questi derivino da carenze di formazione e aggiornamento del personale sanitario;

f) verificare l'adeguatezza del sistema di gestione del rischio clinico e degli investimenti destinati all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private a interventi per la riduzione degli eventi avversi;

g) individuare i seguenti interventi di sistema:

1) proporre eventuali correttivi da apportare ai percorsi formativi del personale sanitario;

2) proporre modalità e strumenti di adeguamento dell'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private con specifico riferimento allo sviluppo delle reti clinico-assistenziali come previsto al punto 8.1.1. dell'allegato 1 al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70;

3) rafforzare la formazione, il ruolo, le funzioni e le responsabilità dei direttori sanitari, dei responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei responsabili degli acquisti e individuare altre misure utili per migliorare l'efficienza e l'affidabilità delle strutture sanitarie e amministrative pubbliche e private;

4) valutare l'efficacia dei controlli sulle strutture sanitarie pubbliche e private e ogni altro intervento correttivo utile a migliorare la qualità del sistema sanitario nazionale anche in riferimento alle modalità di accoglienza dei pazienti e ai percorsi di umanizzazione delle cure adottati dalle aziende sanitarie;

5) favorire a livello nazionale maggiore omogeneità nell'applicazione della di-

sciplina in materia di consenso informato e di accesso alle informazioni secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

2. La Commissione verifica, in particolare:

a) l'adeguatezza dell'attuale sistema nazionale di classificazione e codifica delle diagnosi, delle procedure e degli interventi;

b) l'adeguatezza delle funzioni assegnate ai comuni e alle regioni e il livello di integrazione tra le competenze in materia di assistenza socio-sanitaria;

c) lo stato di attuazione e di funzionamento, sull'intero territorio nazionale, del sistema di emergenza-urgenza ospedaliero e territoriale e relativamente all'applicazione delle linee di indirizzo già emanate;

d) le modalità di adeguamento ai requisiti di *performance* assistenziali da parte delle strutture ospedaliere, ospedaliero-universitarie e territoriali per l'accreditamento alla rete formativa delle scuole di specializzazione di area sanitaria.

3. La Commissione ha inoltre il compito di:

a) acquisire, con la collaborazione delle regioni interessate, tutti i documenti, le informazioni e gli elementi per valutare le condizioni di contesto politico, amministrativo, gestionale e operativo che contribuiscono alla formazione dei disavanzi sanitari e all'inadeguata erogazione dei LEA;

b) verificare, nelle regioni in piano di rientro e in quelle interessate dai piani di efficientamento e di riqualificazione aziendali, sulla base dei documenti, delle informazioni e degli elementi acquisiti:

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

2) la sostenibilità e l'adeguatezza della programmazione economico-finanziaria e contabile e dei relativi provvedimenti attuativi;

3) il livello della spesa direttamente sostenuta dai cittadini nel corso dell'erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, ivi compresi *ticket* e prestazioni a pagamento;

4) le modalità di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, del livello di qualità e di efficacia dei trattamenti effettuati e dell'implementazione di un programma sistematico di *audit* clinico e organizzativo;

5) l'adeguatezza delle strutture e delle tecnologie sanitarie;

6) la trasparenza dei processi e delle procedure con particolare riferimento a quelle di affidamento delle forniture di beni e di servizi e di affidamento degli incarichi;

7) il rispetto degli obiettivi nazionali di ristrutturazione della rete ospedaliera per acuti e *post acuti* in aderenza agli *standard* previsti dal citato regolamento di cui al decreto del Ministro della salute n. 70 del 2015, nonché degli obiettivi nazionali di soddisfazione della domanda di prestazioni assistenziali di riabilitazione e di lungodegenza e di adeguatezza delle prestazioni delle reti di assistenza territoriale e domiciliare, e la corrispondente accessibilità del servizio da parte degli utenti;

8) l'adeguatezza delle procedure regionali in materia di accreditamento delle strutture erogatrici e di stipula degli accordi contrattuali, valutandone la congruità con la normativa nazionale e la rispondenza rispetto ai fabbisogni;

9) l'adeguatezza delle strutture sanitarie accreditate pubbliche e private anche per l'assistenza ai soggetti fragili;

10) l'esistenza di adeguati strumenti di controllo della spesa farmaceutica e dei

dispositivi medici e di promozione di un consumo appropriato degli stessi;

11) il regolare funzionamento dei comitati etici nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali;

12) la sostenibilità delle politiche relative al personale e la trasparenza delle relative procedure gestionali;

13) la trasparenza e l'efficienza del sistema regionale di finanziamento delle strutture erogatrici;

14) il rispetto dei tempi medi di pagamento dei fornitori;

15) l'esistenza di adeguate procedure di monitoraggio e controllo della qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili, con particolare riguardo all'analisi delle cause di mobilità intraregionale ed extraregionale;

16) lo stato di implementazione degli interventi in materia di riduzione delle liste di attesa in aderenza al Piano nazionale di governo delle liste di attesa e ai piani e programmi regionali;

17) la congruità della normativa nazionale vigente, proponendo soluzioni di carattere legislativo e amministrativo per rafforzare l'incisività dei controlli e il coordinamento delle attività di monitoraggio della spesa e dell'erogazione dei LEA, nei vari livelli di responsabilità nazionale, regionale e locale.

4. Con riguardo alle cause e alla gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2, la Commissione ha il compito di indagare sui seguenti aspetti:

a) le cause e le responsabilità del mancato aggiornamento del piano pandemico nazionale e le conseguenze derivanti da tale mancato aggiornamento rispetto alla diffusione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2;

b) la tempestività degli interventi posti in essere dalle autorità sanitarie nonché la congruità delle misure adottate rispetto al progressivo andamento dell'emergenza sanitaria nella fase antecedente la sua diffusione sul territorio nazionale e, in particolare, l'adeguata applicazione delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nella prima fase della pandemia, con specifico riferimento alla strategia delle cosiddette « 3T »: testare, tracciare, trattare;

c) l'adeguatezza delle azioni di cooperazione internazionale in campo sanitario poste in essere con riguardo alla finalità di fronteggiare l'emergenza sanitaria e prevenire, mitigare o contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2, anche con riferimento alla qualità e alla completezza delle informazioni fornite alla comunità scientifica internazionale da parte degli Stati in relazione all'andamento dei contagi e alle esperienze cliniche e terapeutiche nonché alle informazioni e ai dati scientifici connessi al trattamento e alle caratteristiche del virus;

d) l'appropriatezza delle iniziative intraprese per la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini e la prevenzione dal contagio in relazione alle limitazioni delle libertà personali poste in essere in concomitanza con la dichiarazione dello stato di emergenza, con particolare riguardo alla libertà di circolazione e di spostamento sul territorio nazionale e alle misure adottate per organizzare in sicurezza la rete del trasporto pubblico locale;

e) il livello di integrazione delle funzioni di competenza di comuni, regioni e province autonome in materia sanitaria e le eventuali disfunzioni ad esso relative, con particolare riguardo all'approccio socio-sanitario e alla gestione della pandemia da virus SARS-CoV-2;

f) le cause della mancanza di omogeneità dei provvedimenti adottati dalle regioni per la gestione dell'emergenza da virus SARS-CoV-2;

g) la presenza di un sistema di monitoraggio sull'utilizzo e la rendicontazione delle risorse nella gestione dell'emergenza da virus SARS-CoV-2.

Art. 4.

*(Poteri e limiti della Commissione)*

1. La Commissione procede alle indagini e agli esami con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria.

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

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

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

Art. 5.

*(Obbligo del segreto)*

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

## Art. 6.

*(Organizzazione dei lavori della Commissione)*

1. L'attività della Commissione è esercitata ai sensi dell'articolo 162 del Regolamento del Senato.

2. Prima dell'avvio dell'attività di inchiesta, e comunque entro quindici giorni dal suo insediamento, la Commissione adotta il proprio regolamento che ne disciplina l'attività e il funzionamento.

3. Le sedute della Commissione sono pubbliche; tuttavia la Commissione può deliberare, a maggioranza semplice, di riunirsi in seduta segreta, anche per singole parti di una seduta.

4. La Commissione può avvalersi dell'opera di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria, dei Nuclei antisofisticazione e sanità dell'Arma dei carabinieri, di magistrati ordinari, di personale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), nonché di tutte le collaborazioni e consulenze che ritiene necessarie,

5. Per l'espletamento delle sue funzioni, la Commissione fruisce di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dal Presidente del Senato.

6. Le spese di funzionamento della Commissione sono poste a carico del bilancio interno del Senato. Esse sono stabilite nel limite massimo di 120.000 euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022 e nel limite massimo di 30.000 per l'anno 2023. Il Presidente del Senato può disporre un incremento delle spese di cui al periodo precedente, in misura non superiore al 30 per cento, a seguito di motivata richiesta formulata dal presidente della Commissione.



€ 1,00