



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 1634

Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria
territoriale «118»

Indice

1. DDL S. 1634 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	4
1.2.1. Testo DDL 1634	5
1.3. Trattazione in Commissione	10
1.3.1. Sedute	11
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. 144 (ant.) del 24/06/2020	15
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 151 (ant.) del 23/07/2020	18
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 141 (ant.) del 09/09/2020	25
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 161 (ant.) del 09/09/2020	26
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 147 (pom.) del 20/10/2020	31
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 246 (ant.) del 22/07/2021	32
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 248 (ant.) del 28/07/2021	40
1.3.2.1.8. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 206 (ant.) del 03/08/2021	46
1.3.2.1.9. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 251 (ant.) del 05/08/2021	47
1.3.2.1.10. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 211 (ant.) del 09/09/2021	52
1.3.2.1.11. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 1 (ant.) del 16/09/2021	53
1.3.2.1.12. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 2 (ant.) del 28/10/2021	54
1.3.2.1.13. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 292 (pom.) dell'08/03/2022	55

1. DDL S. 1634 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 1634
XVIII Legislatura

Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

Iter

8 marzo 2022: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

S.1634

in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

[Laura Stabile](#) ([FI-BP](#))

Cofirmatari

[Anna Maria Bernini](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Urania Giulia Rosina Papatheu](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 12 febbraio 2020)

[Maria Rizzotti](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Antonio Barboni](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Alessandrina Lonardo](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Fiammetta Modena](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Antonio De Poli](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Massimo Mallegni](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Andrea Cangini](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Paola Binetti](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

[Giacomo Caliendo](#) ([FIBP-UDC](#)) (aggiunge firma in data 20 febbraio 2020)

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **3 dicembre 2019**; annunciato nella seduta n. 171 del 9 dicembre 2019.

Classificazione TESEO

SERVIZI DI EMERGENZA , PRONTO SOCCORSO

Articoli

ASSISTENZA SANITARIA (Artt.1, 2), SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (Artt.1, 2), PROVINCE (Artt.3, 6), REGIONI (Artt.3, 4, 7), MEZZI DI SOCCORSO (Art.4), LIMITI E VALORI DI RIFERIMENTO (Art.4), SERVIZIO TELEFONICO (Art.6), VIGILI DEL FUOCO (Art.6), DIPARTIMENTI (Art.7), COMMISSIONI CONSIGLI E COMITATI AMMINISTRATIVI (Art.7)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Gaspere Antonio Marinello](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 24 giugno 2020) .

Assegnazione

Assegnato alla [12^a Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede redigente l'11 giugno 2020.

Annuncio nella seduta n. 228 dell'11 giugno 2020.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 5^a (Bilancio), 11^a (Lavoro), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 1634

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 1634

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **STABILE**, **BERNINI**, **RIZZOTTI**, **BARBONI**, **LONARDO**, **MODENA**, **DE POLI**, **MALLEGNI**, **CANGINI**, **BINETTI**, **CALIENDO** e **PAPATHEU**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 3 DICEMBRE 2019

Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale « 118 »

Onorevoli Senatori. - Il Sistema di emergenza territoriale 118 (Sistema 118) è stato istituito in ambito nazionale con il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, recante « Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza », pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 31 marzo 1992, n. 76, al fine di assicurare la gestione sul territorio delle emergenze e delle urgenze sanitarie. Il decreto precisa che « l'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del Servizio sanitario nazionale ».

Con il « Regolamento recante definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera », di cui al decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70, si prevede che le centrali operative (CO) gestiscano i mezzi di soccorso del Sistema 118, tra cui le ambulanze e le automediche con medico e infermiere a bordo, le ambulanze con infermiere e autisti soccorritori, le ambulanze con autisti-soccorritori, le eliambulanze e tutti gli eventuali altri mezzi, medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario.

Il decreto dispone che « Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati » e definisce altresì il fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale individuando come criterio l'attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq, applicando un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso.

In un periodo di obiettiva criticità del Servizio sanitario nazionale, in cui i piani di riordino delle reti ospedaliere hanno comportato la chiusura e la riconversione di numerosi ospedali, con rilevante decremento del numero dei posti letto, spesso razionando piuttosto che ottimizzando le risorse in rapporto agli effettivi fabbisogni, il Sistema 118, avrebbe dovuto essere oggetto di idoneo adeguamento organizzativo, in modo da poter impiegare in modo ottimale le risorse disponibili, vista l'ulteriore concentrazione sul 118 delle più varie richieste di soccorso da parte dell'utenza, che non trova adeguate risposte dall'assistenza territoriale, pur da tutti e da tempo auspicata, ma mai realmente decollata nella maggior parte del territorio nazionale.

L'operatività del Sistema 118 si esplica mediante l'attivazione, l'interazione e la cooperazione sinergica, tempo-dipendente, di operatori di centrale operativa (CO) ed equipaggi di soccorso a bordo

di automezzi distribuiti strategicamente su vasti bacini territoriali. In quest'ambito emerge anche l'esigenza di integrare la fase di soccorso e del trasporto con la successiva ospedalizzazione del paziente.

Il Sistema 118 risulta quindi una struttura ad elevata complessità organizzativa e gestionale del Servizio sanitario nazionale, che deve garantire omogeneità organizzativa e di prestazione nell'intero ambito territoriale.

Pertanto appare inderogabile ed indifferibile stabilire una definizione legislativa puntuale del « modello organizzativo di base » in cui si articola il Sistema 118 nazionale, declinandone la struttura operativa di governo, organizzazione e gestione, al fine di assicurare l'erogazione certa di prestazioni cliniche ed assistenziali omogenee tempo-dipendenti e di eccellenza.

Il governo del Sistema 118 si identifica con la centrale operativa, che è il centro direzionale che assicura in tempo reale il *medical control* di sistema, la gestione del personale, la soluzione dei conflitti e dei problemi, il *risk management*, la formazione del personale, il rapporto puntuale e continuo con le altre massime istituzioni territorialmente convergenti a livello provinciale (prefettura, questura, Arma dei carabinieri, Vigili del fuoco eccetera). In quest'ottica la dimensione provinciale del Sistema 118, peraltro sancita dal citato decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, appare necessaria, logica e strategica, in quanto tarata sulla reale complessità di governo capillare dei soccorsi a livello di territori omogenei, nonché sulla gestione delle centinaia di unità di personale assegnato, tra medici, infermieri e autisti soccorritori, delle risorse tecnologiche e del parco mezzi.

Negli ultimi anni è avvenuto in alcune regioni un processo di accorpamento delle preesistenti centrali operative provinciali in nome di una razionalizzazione che nelle attese del legislatore avrebbe dovuto coniugare importanti risparmi di risorse a sensibili aumenti di qualità dei servizi. Ma tali attese, fideistiche e prive di supporti scientifici e di serie simulazioni, non hanno dato i risultati sperati. Né potevano darli, perché non esiste automatismo tra l'aumento delle dimensioni dei bacini di utenza e miglioramenti nella *performance* delle aziende o nelle economie di scala e perché l'accorpamento in sé non è condizione necessaria, né sufficiente per realizzare l'integrazione dell'assistenza sanitaria. Un esempio documentato viene dal Friuli-Venezia Giulia dove l'accorpamento delle centrali ha prodotto un notevole aumento dei costi a fronte di un contestuale calo di qualità dei servizi, riscontrati dalla stessa magistratura che ha evidenziato un grave peggioramento dei tempi di soccorso (deliberazione della Corte dei conti n. FVG/33/2018/SSR).

Per quanto sopra rappresentato il Sistema 118 non può che avere la configurazione di struttura operativa complessa.

L'esigenza di garantire omogeneità organizzativa e di prestazione fornita nell'intero ambito regionale dalla rete del Sistema 118 implica un'attività coordinata e integrata tra Sistema 118, che si traduca in protocolli operativi comuni, medesime tipologie di risposta, formazione omogenea del personale, uniformità qualitativa delle risorse, distribuzione dei mezzi di soccorso sulla base degli *standard* definiti dal citato decreto ministeriale n. 70 del 2015, secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, in modo da assicurare tempi di intervento nei casi di emergenza e urgenza di massimo 8 minuti in area urbana e 20 minuti in area extraurbana, salvo particolari situazioni di complessità operativa (cfr. comunicato della Presidenza del Consiglio relativo al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 1992).

L'ottimale continuità dell'assistenza tra il momento del soccorso extraospedaliero e quello delle cure intraospedaliere può essere garantita dall'integrazione funzionale del Sistema 118 nel Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), nel cui ambito devono attuarsi collegamenti del Sistema informatizzato 118 con i sistemi informatizzati ospedalieri per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso.

Il modello del numero unico di emergenza (NUE) 112, adottato nel nostro Paese e individuato quale servizio abilitato a ricevere chiamate d'emergenza provenienti dalle numerazioni 112, 113, 115, 118, ai sensi del decreto del Ministero della comunicazioni 27 aprile 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 18 agosto 2006, prevede il doppio passaggio della chiamata di soccorso, che allunga i tempi, in quanto costringe chi chiama a sottoporsi a due interviste, la prima da parte del centralinista 112 e la

seconda con l'operatore del servizio competente, 113, 115 o 118. L'impiego nelle centrali 112 di personale cosiddetto « laico », ovvero senza adeguata conoscenza ed esperienza delle situazioni di emergenza, e spesso privo di conoscenza del territorio, è frequente causa di errori, sia nella valutazione delle situazioni, sia nella localizzazione dell'evento e conseguente invio del soccorso.

La decisione della Commissione 91/396/CEE, del 29 luglio 1991 ha stabilito che ogni Stato membro debba adottare il 112 come numero unico europeo (NUE) per le chiamate di emergenza, prevedendo che i Paesi membri possano mantenere i numeri nazionali d'emergenza affiancando a questi il 112: « Il numero unico europeo per chiamate di emergenza viene introdotto, ove opportuno, parallelamente a ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate » (articolo 1, comma 2). Indicazione confermata anche dalla direttiva 98/10/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 1998 (articolo 7, comma 2), dalla direttiva 2002/22/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 marzo 2002 (articolo 26, comma 1), dalla direttiva 2009/136/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 novembre 2009, (articolo 26 comma 1, 2, 3, 5).

In tale ambito normativo europeo viene richiamata l'esigenza che il modello organizzativo di introduzione del 112 sia parimenti o più efficace della situazione precedente, come si evince dall'articolo 4 della citata decisione 91/396/CEE: « Gli Stati membri adottano le misure necessarie per assicurare che le chiamate al numero unico europeo per chiamate di emergenza siano gestite appropriatamente e nella maniera meglio rispondente all'organizzazione nazionale dei sistemi di emergenza » e dall'articolo 26, comma 3, della direttiva 2009/136/CE: « Gli Stati membri provvedono affinché le chiamate al numero di emergenza unico europeo "112" ricevano adeguata risposta e siano trattate nel modo più consono alla struttura nazionale dei servizi di soccorso. Tali chiamate ricevono risposte e un trattamento con la stessa rapidità ed efficacia riservate alle chiamate al numero o ai numeri di emergenza nazionali, se questi continuano ad essere utilizzati ».

In base alle suddette direttive i numeri di emergenza nazionali sono rimasti attivi parallelamente al 112 in molti altri Paesi europei, come per esempio nelle confinanti Francia (15 per ambulanze, 18 per i Vigili del fuoco e 17 per la Polizia) e Austria (Polizia 133, ambulanze 144 e Vigili del fuoco 122). Quindi la normativa europea istitutiva del 112 consente l'introduzione parallela e non sostitutiva del 112 rispetto ad ogni altro numero nazionale esistente per tali chiamate.

Il 112 ed il 118 rimangono due dimensioni operative completamente differenti l'una dall'altra, trattandosi, nel primo caso (il 112), di un numero *call center* di smistamento delle chiamate per emergenze di qualsiasi tipologia alle centrali operative di settore (Emergenza sanitaria, Polizia, Carabinieri, Vigili del fuoco, etc.), mentre nel secondo caso (il 118) di un sistema specifico ad elevata complessità gestionale della sanità nazionale. Infatti nella centrale operativa del 118 sono applicati operatori sanitari professionali, che non solo rispondono alle chiamate dell'utenza, ma attivano contestualmente risposte terapeutiche immediate potenzialmente salvavita, declinate, a seconda dei casi, quali istruzioni prima dell'arrivo in caso di malore o di trauma, coordinando e supervisionando - in tempo reale - tutte le fasi in cui si articola ciascun intervento di soccorso, maxiemergenze ed eventi catastrofici inclusi.

Le esperienze maturate nelle regioni dove è stato adottato il NUE 112 hanno evidenziato un incremento di errori, ritardi, disservizi, anche ad esito letale, che pare inaccettabile, oltre ad un aumento dei costi che gravano sulla collettività per avere un servizio di soccorso più lento e meno puntuale.

Risulta pertanto fondamentale dare la possibilità ai cittadini di chiamare direttamente il 118, con garanzia di accesso unico al Sistema dell'emergenza territoriale.

Gli stessi rilievi circa l'allungamento dei tempi e l'incremento del rischio di errori riguarda anche il soccorso tecnico urgente, che spesso risulta fondamentale per consentire ai sanitari di operare in condizioni di sicurezza. Risulta quindi altrettanto fondamentale dare la possibilità ai cittadini di chiamare direttamente il 115, con garanzia di accesso unico ai Vigili del fuoco.

DISEGNO DI LEGGE

Capo I

OGGETTO E FINALITÀ

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge ridefinisce il modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale « 118 », di seguito denominato « Sistema 118 », stabilendo adeguate modalità di ricezione dell'allarme relative al soccorso sanitario e al soccorso tecnico urgente, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale elevati *standard* di appropriatezza e di tempestività nelle situazioni di emergenza e urgenza sanitarie e di soccorso tecnico urgente.

Capo II

STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

Art. 2.

(Struttura del Sistema 118)

1. Il Sistema 118 è costituito dalla centrale operativa « 118 », con annessa sala operativa, dalle postazioni territoriali, dalle risorse umane e professionali ad esso assegnate.
2. La centrale operativa « 118 » svolge funzione di centro direzionale di coordinamento e di gestione al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza sanitaria nel territorio di competenza, secondo criteri di efficienza organizzativa e di efficacia dei risultati.
3. Il Sistema 118 è istituito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN) ed è organizzato a livello territoriale ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3.
4. Il Sistema 118 è una struttura operativa complessa a direzione medica afferente alle discipline « medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza » e equipollenti e « anestesia e rianimazione » e equipollenti, che si caratterizza rispetto alle altre strutture complesse del SSN per l'elevata complessità gestionale in ragione della quantità e tipologia di risorse gestite e coordinate.
5. Il Sistema 118 afferisce funzionalmente al Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) al fine di garantire l'ottimale continuità dell'assistenza tra il momento del soccorso extraospedaliero e quello delle cure intraospedaliere. Negli ambiti territoriali ove insistono più DEA la regione individua il DEA di afferenza.

Art. 3.

(Organizzazione territoriale)

1. Il Sistema 118 è organizzato di norma su base provinciale.
2. Nell'ambito della programmazione regionale sono individuate le centrali operative a cui attribuire funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, il trasporto di organi, di farmaci e di *équipe* sanitarie e le maxiemergenze, ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70.

Art. 4.

(Mezzi di soccorso)

1. Il numero e la tipologia dei mezzi di soccorso operativi sono stabiliti dalla programmazione regionale in modo da assicurare tempi di intervento nei casi di emergenza e urgenza di massimo 8 minuti in area urbana e 20 minuti in area extraurbana, salvo particolari situazioni di complessità operativa, e fermo restando quanto indicato dal citato decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70, in merito al fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati.

Art. 5.

(Gestione per la qualità)

1. Il modello organizzativo del Sistema 118 è improntato alla gestione per la qualità dei servizi prestati e delle attività svolte, con particolare riferimento alla gestione del rischio, alla formazione del personale, alla comunicazione e alla divulgazione della cultura dell'emergenza, nonché alla gestione

dei soccorsi speciali e delle maxiemergenze.

Capo III

MODALITÀ DI RICEZIONE DELL'ALLARME

Art. 6.

(Gestione delle chiamate)

1. L'accesso telefonico al Sistema di emergenza sanitaria avviene componendo il numero telefonico 118 che afferisce direttamente alla centrale operativa provinciale 118, che riveste la funzione di PSAP 1 (*public safety answering point*) per il soccorso sanitario.
2. L'accesso telefonico per il soccorso tecnico urgente avviene componendo il numero telefonico 115 che afferisce direttamente alla centrale operativa del Comando provinciale dei Vigili del fuoco, che riveste la funzione di PSAP 1 per soccorso tecnico urgente.
3. L'accesso telefonico può avvenire anche componendo il numero 112, che in questi casi riveste funzione di PSAP 1 e che quindi trasferisce la chiamata alle centrali di cui ai commi 1 e 2, che rivestono quindi la funzione di PSAP 2 per i soccorsi di rispettiva competenza.

Capo IV

COORDINAMENTO REGIONALE DEL SISTEMA

Art. 7.

(Dipartimenti regionali)

1. Presso ogni regione è istituito un Dipartimento regionale del Sistema 118, di tipo funzionale, al fine di assicurare l'azione di coordinamento dei sistemi provinciali idonea a perseguire omogeneità organizzativa e di prestazione fornita nell'intero ambito regionale.
2. Il Comitato di dipartimento è costituito dai direttori dei sistemi 118 provinciali, dai coordinatori infermieristici di detti sistemi e da una rappresentanza elettiva delle professionalità operanti nell'ambito del Sistema 118 regionale. La composizione e la durata dei membri elettivi sono indicati nel regolamento di Dipartimento, che è definito a livello regionale.
3. Il Comitato di dipartimento ha la funzione di proporre le linee di indirizzo di sistema, di produrre e aggiornare i protocolli operativi a valenza regionale nell'ambito dell'attività ordinaria di risposta e soccorso e delle maxiemergenze, di stabilire gli *standard* di formazione del personale, di definire la tipologia delle risorse e delle tecnologie di supporto.

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. 1634
XVIII Legislatura

Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 144 \(ant.\)](#)

24 giugno 2020

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

[N. 151 \(ant.\)](#)

23 luglio 2020

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 141 \(ant.\)](#)

9 settembre 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

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

[N. 161 \(ant.\)](#)

9 settembre 2020

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 147 \(pom.\)](#)

20 ottobre 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

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

[N. 246 \(ant.\)](#)

22 luglio 2021

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 248 \(ant.\)](#)

28 luglio 2021

[N. 206 \(ant.\)](#)

3 agosto 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 251 \(ant.\)](#)

5 agosto 2021

[N. 211 \(ant.\)](#)

9 settembre 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 1 \(ant.\)](#)

16 settembre 2021

Comitato Ristretto

[N. 2 \(ant.\)](#)

28 ottobre 2021

Comitato Ristretto

[N. 292 \(pom.\)](#)

8 marzo 2022

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. 144 (ant.) del 24/06/2020

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

IGIENE E SANITA' (12ª)
MERCOLEDÌ 24 GIUGNO 2020
144ª Seduta

Presidenza del Presidente
COLLINA

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

IN SEDE REDIGENTE

(1634) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

(1715) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

(Discussione congiunta e rinvio)

Il relatore **MARINELLO** (M5S) illustra partitamente i disegni di legge in titolo. Al termine dell'esposizione, propone di adottare come testo base il disegno di legge n. 1715 e segnala l'opportunità di svolgere un ciclo di audizioni informative.

Su entrambe le proposte conviene la Commissione.

La senatrice **STABILE** (FIBP-UDC) ricorda che, in sede di Ufficio di Presidenza, si era ipotizzato di svolgere le audizioni sui disegni di legge in titolo nell'ambito dell'indagine conoscitiva, già autorizzata, sull'impatto in ambito sanitario del numero unico d'emergenza 112, nonché sull'efficacia, efficienza ed omogeneità dell'assistenza di emergenza-urgenza sul territorio nazionale.

Il **PRESIDENTE** comunica che, in assenza di obiezioni, le audizioni si svolgeranno nella sede indicata dalla senatrice Stabile.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

Il **PRESIDENTE** invita i Gruppi a far pervenire le proposte di audizione, mirate all'istruttoria sul disegno di legge n. 1715, entro le ore 18 del prossimo martedì 7 luglio.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(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)

(Discussione congiunta e rinvio)

Il relatore [ENDRIZZI](#) (M5S) illustra partitamente i documenti in titolo, istitutivi di una Commissione monocamerale d'inchiesta sul servizio sanitario, soffermandosi in particolare sul perimetro d'indagine previsto da ciascuno di essi.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che si è convenuto di avviare la discussione dei documenti illustrati per rimarcare l'oggettiva rilevanza politica dei temi ad essi sottesi, nel presupposto che occorrerà riflettere sul perimetro dell'inchiesta, tenuto conto anche che le proposte istitutive in esame sono risalenti al periodo antecedente all'emergenza COVID-19.

In risposta ad una richiesta di delucidazioni della senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC), il relatore [ENDRIZZI](#) (M5S) dichiara di non aver ancora maturato un convincimento in ordine alla proposta sul testo base: a parte il documento n. 14, dedicato in particolare alla gestione del servizio sanitario nella regione Campania e quindi non suscettibile di essere scelto come testo di riferimento, ritiene *prima facie* che il documento n. 16 - insieme all'analogo documento n. 19 - sia il testo più completo, pur ravvisando spunti meritevoli di attenzione anche negli altri documenti. Si riserva di pronunciarsi al riguardo dopo lo svolgimento di adeguati approfondimenti.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC), intervenendo sull'ordine dei lavori, osserva che sarebbe opportuno verificare quali analoghe iniziative, in tema di indagini sul servizio sanitario, siano già state assunte a livello regionale, anche in riferimento alla gestione dell'emergenza COVID-19.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

SCONVOCAZIONE DELLA SEDUTA DI DOMANI

Il [PRESIDENTE](#) avverte che la seduta già convocata alle ore 8,30 di domani, giovedì 25 luglio, non avrà luogo.

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 9,10.

1.3.2.1.2. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 151 (ant.) del 23/07/2020

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

IGIENE E SANITA' (12ª)
GIOVEDÌ 23 LUGLIO 2020
151ª Seduta (antimeridiana)

Presidenza del Presidente
COLLINA

La seduta inizia alle ore 11,05.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il **PRESIDENTE** comunica che sono stati assegnati alla Commissione: in sede consultiva, il disegno di legge n. **1883** (decreto-legge n. 76 del 2020 - semplificazioni); in sede consultiva su atti del Governo, la proposta di nomina del dottor Garrone a Presidente dell'Istituto Gaslini di Genova.

Prende atto la Commissione.

Il **PRESIDENTE** propone, anche alla luce delle osservazioni di alcuni degli esperti indicati dai Gruppi, di istruire i disegni di legge in materia di 118 mediante un ciclo di audizioni informali ad *hoc*, anziché nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul numero unico 112.

Conviene la Commissione.

SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1441 E CONNESSI

Il **PRESIDENTE** comunica che, in relazione al disegno di legge in titolo, l'emendamento 3.4 (a prima firma della senatrice Fregolent) è stato riformulato in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Prende atto la Commissione.

IN SEDE CONSULTIVA

(Doc. LVII, n. 3, Sezione III, Appendice e Allegati I, II, III, IV, V, VI e VII) *Documento di economia e finanza 2020, Sezione III, relativa appendice e connessi allegati*
(Parere alla 5ª Commissione. Esame e rinvio)

Il **PRESIDENTE** (PD), relatore, premette che il Documento in titolo fa riferimento sia alle

raccomandazioni europee rivolte all'Italia dal Consiglio dell'Unione europea del 9 luglio 2019 sia a quelle proposte (con riferimento al nostro Paese) nel maggio 2020 dalla Commissione europea e adottate dal medesimo Consiglio il 20 luglio 2020. Ricorda, in proposito, che l'ultima parte della raccomandazione n. 1 del 2020 concerne anche il settore sanitario, richiedendo, con riferimento agli anni 2020 e 2021, di rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture. Saggiunge che, nei considerando della raccomandazione, si rileva che, anche alla luce dell'esperienza relativa alla pandemia di COVID-19, le politiche italiane nel settore sanitario devono essere intese, oltre che a migliorare i processi di *governance* e i piani di preparazione alle crisi, a colmare la carenza di investimenti pubblici nell'assistenza nonché a rimuovere gli impedimenti alla formazione, all'assunzione e al mantenimento in servizio del personale sanitario (anche a fronte delle attuali proiezioni relative alla forza lavoro nel settore).

Ciò posto, si sofferma sulle parti del Documento che ineriscono a profili di competenza della Commissione.

Il Programma Nazionale di Riforma per il 2020 rileva, in via generale, che la crisi epidemica da COVID-19 ha evidenziato, da un lato, la grande importanza del Sistema sanitario nazionale e del modello universale su cui esso si fonda, dall'altro, l'esigenza di un potenziamento dello stesso su tutto il territorio; tale esigenza è connessa anche al processo di invecchiamento della popolazione ed alle possibilità - grazie all'evoluzione scientifica e tecnologica - di nuove cure di alcune malattie.

Il Documento afferma che l'impegno del Governo riguarderà innanzitutto il capitale umano, con: l'adozione di misure urgenti per l'incremento del personale; un forte investimento in formazione del personale; un intervento sui contratti statali di formazione medico-specialistica e sulla valorizzazione degli specializzandi all'interno delle reti assistenziali (anche per facilitare il loro inserimento nel mondo lavorativo); la definizione (a completamento della riforma dell'assistenza territoriale già avviata) di un nuovo ruolo per il medico di medicina generale (modificando anche il suo percorso di formazione e promuovendo l'utilizzo di tecnologie digitali); l'inserimento dell'infermiere di famiglia o di comunità. Si ricorda che l'introduzione di quest'ultima figura è prevista dall'articolo 1 del decreto-legge n. 34 del 2020 (convertito, con modificazioni, dalla legge n. 77 del 2020).

In merito ai livelli essenziali di assistenza, il Documento ricorda che (con il decreto ministeriale 12 marzo 2019 e con decorrenza dal 2020) è stato introdotto un nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, il quale permetterà anche - osserva il Documento - "di valutare la miglior ripartizione regionale delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale".

Il Documento afferma inoltre che verrà potenziato il nuovo sistema informativo sanitario, "completandolo con nuovi flussi relativi all'ambito dell'assistenza territoriale nonché incrementando la produzione statistica e la predisposizione di analisi integrate dei diversi ambiti assistenziali, anche per rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse".

Riguardo agli investimenti in materia di edilizia sanitaria, il Documento ricorda che una ricognizione operata nel 2018 dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute stima il fabbisogno in circa 32 miliardi, con riferimento ad un arco temporale di interventi relativo agli anni 2019-2045, e che, nella consapevolezza delle esigenze in materia, il Governo si è impegnato a portare avanti il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (ivi compresa la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali). "Si tratta - osserva il Documento - di investimenti necessari ad ammodernare le strutture sanitarie del Paese adeguandole ai migliori standard internazionali in tema di organizzazione per intensità di cure, di percorsi in emergenza e di confort alberghiero con importanti benefici sugli oneri correnti di gestione".

Il Documento afferma altresì che è di fondamentale importanza l'attivazione di un percorso di diffusione dell'utilizzo della tecnologia nell'ambito dei servizi sanitari, con particolare riferimento a: i servizi di telemedicina e di teleassistenza (intesi anche a favorire la "domiciliarizzazione" del paziente); le cartelle cliniche elettroniche; le piattaforme tecnologiche di intelligenza artificiale; la diagnostica rapida; le piattaforme per l'educazione sanitaria dei cittadini e la sensibilizzazione ed educazione alla digitalizzazione sanitaria, nell'ambito della più generale promozione dell'educazione e

prevenzione sanitaria (promozione che, osserva il Documento, è altresì connessa alle politiche per l'ambiente).

Il Documento ricorda che tra le politiche del Governo rientra anche lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione (alcune norme, intese a consentire tale sviluppo, sono poste dall'articolo 7 del citato decreto-legge n. 34 del 2020). Tali modelli predittivi - osserva il Documento - permettono (con la simulazione di diversi scenari, anche di natura pandemica) di "supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse".

Un'altra linea di intervento a cui fa cenno il Documento è costituita dal processo di aggiornamento delle tariffe - ivi comprese quelle relative alle prestazioni ospedaliere -.

Riguardo al settore della ricerca sanitaria, il Documento rileva le esigenze di: chiarire il quadro normativo e procedurale per rimuovere gli ostacoli all'interazione tra le strutture che svolgono ricerca ed il mondo dell'impresa; valorizzare il personale impiegato nella ricerca sanitaria pubblica, riconoscendo la figura professionale del ricercatore nel Servizio sanitario nazionale "e arginando il deflusso verso l'estero dei soggetti formati in Italia in questo ambito".

Riguardo alla politica farmaceutica, il Documento indica le seguenti linee di intervento: la revisione del prontuario farmaceutico nazionale; l'avvio di una riflessione sui tetti di spesa farmaceutica (ai fini di una possibile rimodulazione degli stessi); l'avvio di un dialogo con Parlamento e associazioni di categoria per verificare l'attuazione della norma relativa all'ingresso delle società di capitali nella gestione delle farmacie.

Il Documento, infine, prospetta l'adozione di una disciplina organica in materia di disabilità, intesa a ridisegnare il sistema di tutela e di inclusione sociale, lavorativa ed educativa dei disabili, nonché ad elevare l'efficienza dei processi di erogazione dei relativi benefici.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) osserva che il Documento in esame, per i profili di competenza della Commissione, è la sommatoria di generiche dichiarazioni di intenti, non dà contezza di tempi e modi certi del percorso di adeguamento e ammodernamento del sistema sanitario ed è altresì carente di indicazioni sui controlli.

Riguardo agli investimenti in materia di edilizia sanitaria, rimarca che il piano da cui l'Esecutivo ha attinto per determinare i fabbisogni parla di 32 miliardi con riferimento ad un arco temporale che va dal 2018 al 2045, comprensivi di adeguamento antisismico, antincendio e tecnologico. Rileva che tra le misure cui accedere per la copertura dei costi finanziari si indica, in via di premessa al Documento, proprio la linea di credito *Pandemic Crisis Support* del Meccanismo Europeo di Stabilità che, come noto, può finanziare interventi connessi all'emergenza sanitaria, per spese dirette e indirette, nel biennio 2020-2021. Si domanda, alla luce del vigente codice degli appalti, come si possano realizzare in due anni interventi di ammodernamento strutturale e tecnologico così impegnativi, dal momento che in Italia, normalmente, in due anni non si arriva neppure alla progettazione esecutiva.

Rileva che il programma nazionale di riforma avrebbe dovuto dettare le regole fondamentali per la rimodulazione della spesa, dando contezza di una pianificazione in innovazione, ricerca e prevenzione *post* COVID anzitutto sulla base delle risorse già disponibili, che ammontano a 25 miliardi di euro sul biennio, comprensivi delle risorse stanziare e non utilizzate *ex* articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, che si aggiungono agli 8,280 miliardi di incremento in parte corrente, come indicato a pagina 39 del Documento in esame, in ragione e per l'effetto dei provvedimenti emergenziali intervenuti, rilevanti ai fini dello scostamento complessivo di 100 miliardi, di cui circa un quarto è oggetto della variazione ulteriore in scostamento che la prossima settimana sarà discussa dall'Assemblea.

Rileva che si continuano a sentire discorsi sul MES senza che l'Esecutivo abbia fin qui approfondito nel dettaglio dove, come e quando andrebbero allocati tali fondi e quali obiettivi ci si prefigge con essi di realizzare, prendendo per buona una ricognizione del 2018 senza nessuna verifica in punto di attualizzazione dei fabbisogni. Evidenzia che, a prescindere dalla questione se il MES abbia o meno

clausole vessatorie nascoste, in ogni caso si tratta di finanziamenti che andranno restituiti. Reputa che il Governo avrebbe dovuto, in sede di PNR, stilare un piano dettagliato di analisi delle reali necessità e dei risparmi che si andrebbero a realizzare con gli investimenti, in modo da poter dare preventivamente conto della necessità degli stessi e della capacità istituzionale della relativa restituzione, posto che le cosiddette risposte dell'Unione Europea per finanziare le misure di supporto e rilancio in Sanità sono tutte a debito. Invita a considerare che, agendo con controlli stringenti e mettendo a fattor comune l'impulso dei 15 miliardi di euro, si può e si deve adeguare il servizio sanitario senza gravare con ulteriore debito sulle spalle delle future generazioni, in modo tale che si generino le risorse necessarie per offrire a tutti i cittadini tutti i LEA sanitari e socio sanitari, compresi anche gli interventi di prevenzione e di cure innovative oggi già disponibili ma tutt'ora non previsti come diritti di salute esigibili. Richiama, in proposito, la sentenza recente sentenza numero 157 della Corte costituzionale, con la quale si rimarca che per conseguire le finalità del sistema della salute, sia da perseguire in sede ordinaria che in occasioni di carattere eccezionale/emergenziale, possono essere utilizzati tanto beni di consumo corrente che beni durevoli, purché il loro impiego risulti equilibrato, ossia caratterizzato dalla leale cooperazione tra Stato e Regioni con riguardo alla concreta garanzia dei LEA.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) premette che i dati economici forniti dal PNR sono, in termini generali, impressionanti, e che colpiscono le informazioni sulle spese sostenute per gli interventi d'emergenza.

Rileva che, per la sanità, ancora non c'è una stima complessiva e organica: molti sono gli interventi previsti (soprattutto nel campo della telemedicina, della teleassistenza, delle cartelle elettroniche), ma in assenza di investimenti adeguati sulla medicina territoriale e sulla prevenzione; dallo stesso PNR si desume che servirebbero 32 miliardi per adeguare le infrastrutture sanitarie pubbliche del Paese. Dà atto che, negli ultimi mesi, il Governo è intervenuto con misure volte a contrastare gli effetti dannosi del *coronavirus*, tramite decreti-legge contenenti misure a tutela della salute, dei redditi e del tessuto imprenditoriale, che hanno ispirato l'azione anche degli altri Paesi impegnati a fronteggiare l'emergenza.

Osserva che ora però occorre affrontare il vero problema: elaborare un piano di riforme credibile e ambizioso da presentare alla Commissione europea entro settembre-ottobre, per fruire delle ingenti risorse messe a disposizione in esito alla trattativa in sede di Consiglio europeo.

Auspica che si facciano scelte oculate, puntando su interventi effettivamente funzionali al rilancio e non su provvedimenti che aumentano la spesa corrente per un tornaconto elettorale. A titolo di esempio, ricorda che il reddito di cittadinanza non ha prodotto l'auspicato aumento del PIL, come certificato dalla Corte dei conti.

Rileva che nel PNR ci sono indicazioni generiche su come rafforzare la crescita, migliorare l'equità e l'inclusione sociale, promuovere e incentivare la sostenibilità ambientale, e paventa che ciò non basterà a convincere la Commissione europea. Per questo reputa decisivi il dibattito in Aula e il dialogo con le opposizioni: così il Governo avrà elementi per approfondire i vari punti da presentare alla Commissione europea e individuare obiettivi precisi.

Si sofferma, quindi, sulle caratteristiche che, a suo avviso, dovrebbe possedere il piano di investimenti a medio-lungo termine per potenziare il *Welfare*.

Occorre, dopo anni di ridimensionamento, riconoscere il ruolo essenziale e rifinanziare in modo adeguato tutta l'azione pubblica in sanità, scuola, università, ricerca, previdenza e assistenza.

Le infrastrutture sociali del Paese devono essere largamente ricostruite e rinnovate, dopo decenni di tagli negli investimenti pubblici, anche valorizzando gli spazi di collaborazione con il settore privato. Alcuni ambiti - gli asili, l'assistenza all'infanzia e agli anziani, i servizi per disabili, le residenze per anziani - vanno fortemente sviluppati.

Va abbandonata la logica del "*welfare familiare*" che si è tradotta in un enorme carico di lavoro di cura per le donne e in un milione di lavoratrici domestiche e familiari, e va incrementata la logica del "*welfare aziendale*".

Per le prestazioni, è necessario il rafforzamento dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario. La salute deve essere al centro della parte più dinamica della ricerca scientifica, dell'innovazione nelle biotecnologie, dell'industria farmaceutica, delle produzioni di apparecchiature elettromedicali, dell'uso di tecnologie digitali, di servizi avanzati in vari ambiti. Quest'insieme di attività va considerato come un sistema da sostenere attraverso nuove politiche che, accanto alla spesa per i servizi sanitari, valorizzino e rafforzino le capacità produttive del Paese in questi ambiti.

Anche per il sistema sanitario pubblico occorre un significativo aumento di spesa, dall'attuale 6,5 per cento del PIL ai livelli di Francia e Germania, che sono di due punti più alti.

Vanno ripensate molte politiche sanitarie: occorre puntare su politiche di prevenzione e sulla creazione di una rete di presidi socio-sanitari a livello territoriale, ridimensionando l'enfasi sulle prestazioni sanitarie e i grandi ospedali. In tale ottica, è cruciale intervenire sul sistema delle cure primarie ed in particolare sulla formazione dei medici di medicina generale, alla luce delle criticità palesatesi durante la gestione dell'emergenza *coronavirus*.

Le disparità tra regioni vanno rapidamente ridotte, a partire dall'aspettativa di vita; il modello regionale del passato che ha portato a tali risultati va riconsiderato.

In conclusione, nel rimarcare il bisogno di riforme, auspica che esse siano decise dal Parlamento senza ingerenze dall'esterno, e invita a considerare l'opportunità di fruire di quei fondi europei che potrebbero essere subito disponibili e rivelarsi fondamentali per assicurare il mantenimento dei caratteri di universalità ed equità del sistema sanitario.

La senatrice [PIRRO](#) (M5S) ritiene condivisibili le preoccupazioni espresse dalla senatrice Cantù, in merito alle condizionalità eventualmente connesse al MES, ma invita a considerare che il Documento in esame non menziona mai il ricorso a tale strumento, che del resto in diverse occasioni è stato escluso dallo stesso Presidente del Consiglio.

Soggiunge che grazie alle risorse assicurate dal *recovery fund* (tra cui 82 miliardi a fondo perduto) sarà possibile porre mano alle riforme di cui il Paese necessita, a partire dal settore sanitario, nel quale occorrerà investire per potenziare la medicina del territorio, la presa in carico delle cronicità e l'assistenza domiciliare.

Sottolinea l'importanza degli interventi prefigurati dal Documento in esame in tema di risorse per il personale sanitario e ripensamento della figura del medico di medicina generale, a partire dai temi cruciali della formazione. In proposito, concorda con i rilievi della senatrice Rizzotti in merito all'esperienza maturata durante la fase più acuta dell'epidemia, che ha evidenziato una risposta non sempre all'altezza da parte degli operatori del sistema di cure primarie.

Rileva che il PNR fa propria, in maniera del tutto condivisibile, la visione cosiddetta "*one health*", secondo la quale esiste una stretta interdipendenza tra le tematiche legate alla medicina umana, a quella veterinaria e alla tutela ambientale.

Tra le criticità del sistema sanitario italiano, segnalate dalla stessa Unione Europea, ritiene che debba essere affrontata quanto prima quella rappresentata dalla frammentazione della *governance* sanitaria, i cui effetti pregiudizievoli si sono fatti sentire anche durante la gestione dell'emergenza epidemiologica.

Conclude rilevando che l'indebolimento del sistema di *welfare*, cui si è fatto in precedenza riferimento, non è certo imputabile all'attuale Governo: al contrario, è nell'attuale legislatura che la tendenza al definanziamento, specie del Servizio sanitario nazionale, è stata invertita.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) richiama in primo luogo l'attenzione sull'importanza dei pagamenti digitali e della fatturazione elettronica nell'ottica del contrasto all'evasione fiscale e plaude alle iniziative di riforma in materia tributaria recentemente prospettate, che fanno perno sul passaggio dal fisco "per competenza" a quello "per cassa".

Quanto ai temi di più stretta competenza per la Commissione, segnala in primo luogo le importanti risorse messe in campo per l'edilizia sanitaria, evidenziando che la normativa sugli appalti, che pure presenta delle criticità meritevoli di una revisione organica, non può essere vista solo come un

ostacolo, essendo volta anche a prevenire i fenomeni di corruzione e malaffare.

Quanto alle problematiche concernenti il personale sanitario, delle quali si occupa positivamente il Documento in esame, ricorda che esse discendono anche dalle condizioni di dissesto finanziario di diversi servizi sanitari regionali.

Trova condivisibile il prefigurato potenziamento della medicina territoriale e segnala l'importanza, a tali fini, dei fondi per la formazione del personale, anche amministrativo, nell'ottica dell'implementazione degli strumenti tecnologici innovativi, come quelli legati alla telemedicina.

Ritiene che in formazione e istruzione si debba investire in maniera massiccia e oculata, per recuperare il *gap* allo stato esistente con gli altri Paesi europei.

Trova altresì opportuno che siano potenziati e razionalizzati gli strumenti per il sostegno alle famiglie e ritiene che il *family act* recentemente varato si muova in questa direzione.

Da ultimo, richiama l'attenzione sugli interventi per l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e sugli stanziamenti per la formazione specialistica dei medici, questi ultimi finalizzati al superamento del cosiddetto imbuto formativo. Reputa necessario, in ogni caso, che al tema della formazione specialistica sia dedicata una riforma organica attraverso un disegno di legge *ad hoc*.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) invita a fare tesoro dell'esperienza del passato, che mostra come spesso il legislatore si innamori di formule e temi senza un'attenta valutazione degli effetti delle proprie decisioni: segnala, come esempio, che sul tema del fascicolo sanitario elettronico molto si è discusso, si è deliberato e si è stanziato, senza verifiche adeguate sul grado di attuazione delle politiche adottate.

Venendo al tema della contrazione del personale sanitario, sottolinea che tale fenomeno è figlio di stagioni del passato, nelle quali l'attenzione era rivolta quasi esclusivamente agli equilibri finanziari, con figure dirigenziali apicali, a livello sanitario, reclutate prevalentemente tra soggetti con *background* economico o giuridico. Cita inoltre, quale ulteriore esempio di fattore condizionante per la pratica clinica, l'introduzione dei DRG.

Quanto al tema degli appalti pubblici, esprime il convincimento che la normativa attualmente vigente, derivante dalla stagione dei provvedimenti anticorruzione, sia tecnicamente imperfetta e sostanzialmente inapplicabile, ragione per la quale servirebbe, in materia, una riforma organica.

Ritiene che, in questo come in altri casi, si debba porre mano a iniziative legislative qualitativamente adeguate, evitando di licenziare testi di cui già si conoscono i limiti al solo fine di poter dichiarare che una riforma è stata fatta.

Tra le criticità del sistema Paese, reputa che quelle più gravi siano connesse alla lentezza della giustizia e della burocrazia.

Richiama l'attenzione sul fatto che, oltre che in materia di medicina territoriale e di cure primarie, è necessario intervenire per migliorare la formazione in tema di igiene e sanità pubblica.

Si sofferma, infine, sul passaggio che il Documento in esame dedica alle disabilità: si prefigurano, per cenni, interventi di notevole portata, quali il ridisegno del sistema di tutela e di inclusione sociale, lavorativa ed educativa, e l'efficientamento dei processi di erogazione dei relativi benefici. Da persona che si è sempre dedicata al tema delle disabilità, esprime l'auspicio che si abbiano la consapevolezza della complessità di tale progetto e la volontà di passare dalle enunciazioni ai fatti, considerato che nella situazione attuale l'attenzione verso i soggetti disabili non è quella che queste persone meritano: basti pensare alle recenti problematiche connesse alla didattica a distanza o all'inadeguatezza delle provvidenze economiche e sociali.

Non essendovi altre richieste di intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 12,10.

EMENDAMENTO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1441](#)

Art. 3

3.4 (testo 2)

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Cantù](#)

Al comma 1, sostituire la lettera a) con la seguente:

"a) il comma 1 dell'articolo 1 è sostituito dai seguenti:

«?1. L'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico è consentito anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare. In assenza di personale sanitario o non sanitario formato, nei casi di sospetto arresto cardiaco è comunque consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico anche a chi non sia in possesso dei requisiti di cui al primo periodo. Si applica l'articolo 54 del codice penale a colui che, non essendo in possesso dei predetti requisiti, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco, utilizza un defibrillatore o procede alla rianimazione cardiopolmonare, salvo il caso in cui egli abbia intenzionalmente modificato il dispositivo o sia a conoscenza del fatto che qualcun altro lo abbia modificato. Nelle ipotesi di cui al precedente periodo, è altresì esclusa la responsabilità civile del soggetto che abbia fatto uso del defibrillatore o abbia proceduto alla rianimazione cardiopolmonare nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco.

1-bis. Il possessore o detentore di un DAE non può essere considerato responsabile, in sede penale e civile, di qualsivoglia conseguenza derivante dal mancato o dall'errato impiego del DAE stesso qualora abbia adempiuto a tutti gli obblighi previsti dalla legge in materia di detenzione e possesso di un DAE»".

1.3.2.1.3. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 141 (ant.) del 09/09/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 141
MERCOLEDÌ 9 SETTEMBRE 2020

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 8,45 alle ore 9,40

AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 913 (ESERCIZIO FISICO) E DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1715 E CONNESSO (RIFORMA SISTEMA EMERGENZA SANITARIA "118")

[VIDEO](#)

1.3.2.1.4. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 161 (ant.) del 09/09/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 9 SETTEMBRE 2020
161^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

La seduta inizia alle ore 9,40.

IN SEDE CONSULTIVA

(1928) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83, recante misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020, approvato dalla Camera dei deputati
(Parere alla 1a Commissione. Esame e rinvio)

La presidente [PARENTE](#) (IV-PSI), relatrice facente funzione, introduce l'esame del provvedimento in titolo.

Premette che i commi 1 e 2 dell'articolo 1 dispongono una proroga dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 - in correlazione con l'identica proroga (disposta con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020) dello stato di emergenza epidemiologica - di alcune norme restrittive di diretta applicazione - inerenti alla circolazione delle persone e ad alcune attività - nonché delle norme che consentono - nel suddetto ambito temporale - la definizione di altre misure restrittive con provvedimenti di rango non legislativo. Riguardo al complesso delle suddette norme legislative, richiamate dai commi 1 e 2, il successivo articolo 1-bis - inserito dalla Camera - reca un intervento di coordinamento.

Il comma 1-bis (inserito dalla Camera) dell'articolo 1 esclude i convegni inerenti alle attività medico-scientifiche e di educazione continua in medicina (ECM) dall'ambito di eventuali divieti provvisori di svolgimento, stabiliti dai provvedimenti summenzionati.

Il comma 3 dello stesso articolo 1 ed il relativo allegato 1 stabiliscono un complesso di altre proroghe di termini che norme precedenti ponevano al 31 luglio 2020. Il successivo comma 4 specifica che le norme non contemplate dal presente decreto e recanti anch'esse come termine finale il 31 luglio 2020 non sono prorogate.

La relatrice facente funzione segnala che rilevano in questa sede, in primo luogo, le seguenti disposizioni del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, comprese nell'allegato 1, i termini delle quali sono prorogate dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 (fatto salvo un termine specifico):

- l'articolo 2-bis, che concerne sia il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi di lavoro autonomo ad iscritti agli albi delle professioni sanitarie ed

- agli operatori socio-sanitari ovvero a personale medico, veterinario, sanitario e socio-sanitario collocato in quiescenza sia una deroga alla disciplina transitoria relativa all'assunzione di professionisti sanitari in formazione specialistica con contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e parziale; la deroga consente tali assunzioni anche in assenza dell'accordo quadro nazionale ivi previsto;
- i commi da 1 a 3 e 5 dell'articolo 2-ter, e successive modificazioni, che consentono, in via transitoria, il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale;
 - l'articolo 2-quinquies, che consente in via transitoria lo svolgimento di alcuni incarichi ai medici iscritti ai corsi di formazione specialistica o a quelli di formazione specifica in medicina generale. Per la proroga in esame, la riformulazione (dell'articolo 1, comma 3, e dell'allegato 1) approvata dalla Camera pone il termine del 31 dicembre 2021;
 - l'articolo 3, che, in primo luogo, autorizza le regioni, le province autonome e gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale a stipulare accordi per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie - in deroga ai limiti di spesa previsti dalla legislazione vigente e con un'autorizzazione specifica di spesa pari a 240 milioni di euro per il 2020 - quando non sia possibile attuare, mediante i contratti in essere alla data del 17 marzo 2020, i piani di incremento della dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive; in tale ambito, ove necessario, è consentito il ricorso alla stipulazione di accordi anche con strutture private non accreditate, purché autorizzate. Il medesimo articolo 3 prevede inoltre che le strutture private, accreditate e non, su richiesta delle regioni, delle province autonome o degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale e sulla base di un'autorizzazione di spesa pari a 160 milioni di euro per il 2020, mettano a disposizione il personale sanitario in servizio nonché i locali e le apparecchiature presenti nelle medesime strutture (per le attività rese da tali strutture private è riconosciuta un'indennità). I contratti e le misure di cui al presente articolo 3 hanno efficacia fino al termine in oggetto (ora prorogato al 15 ottobre 2020);
 - l'articolo 4, che, in via transitoria, consente alle regioni ed alle province autonome di attivare aree sanitarie, anche di natura temporanea, in deroga ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento e pone una serie di deroghe alle norme in materia edilizia per la realizzazione delle opere strettamente necessarie all'allestimento delle strutture in oggetto (per le medesime opere, il comma 4 dell'articolo 4 in esame destina 50 milioni di euro per il 2020, a valere sulle risorse già programmate in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico);
 - l'articolo 4-bis, che, in primo luogo, prevede la costituzione, da parte delle regioni e delle province autonome, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, di un'unità speciale ogni 50.000 abitanti, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitino di ricovero ospedaliero (le disposizioni in esame concernono anche la composizione dell'unità speciale, le modalità di svolgimento dell'attività ed i relativi compensi per i medici). L'articolo 4-bis, in secondo luogo, richiede che il triage per i pazienti che si rechino autonomamente in pronto soccorso con sintomi da COVID-19 avvenga in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso, al fine di consentire alle strutture sanitarie di svolgere al contempo le ordinarie attività assistenziali. Le norme di cui al presente articolo 4-bis hanno efficacia fino al termine in oggetto (ora prorogato al 15 ottobre 2020);
 - i commi 1 e 3 dell'articolo 5-bis, che recano norme transitorie relative alle procedure pubbliche di acquisto e di pagamento dei dispositivi di protezione individuale e di altri dispositivi medici nonché all'ambito delle mascherine utilizzabili dagli operatori sanitari; a quest'ultimo riguardo, si consente l'utilizzo anche di mascherine chirurgiche, nonché, previa valutazione da parte dell'Istituto superiore di sanità, mascherine prive del marchio CE;
 - il comma 1 dell'articolo 12, il quale consente, in via temporanea e a determinate condizioni, che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale trattengano in servizio i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori socio-sanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza;
 - il comma 1 dell'articolo 13, che prevede una deroga temporanea alla disciplina sul

riconoscimento di professioni sanitarie (relativamente a qualifiche conseguite in altri Paesi dell'Unione europea);

- il comma 1-*bis* dello stesso articolo 13, che amplia in via transitoria, per i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea, titolari di un permesso di soggiorno che consenta di lavorare, l'ammissibilità di assunzioni alle dipendenze di pubbliche amministrazioni, per l'esercizio di professioni sanitarie e per la qualifica di operatore socio-sanitario;
 - il comma 1 dell'articolo 15, e successive modificazioni, che consente, in via transitoria, la produzione di mascherine chirurgiche e di dispositivi di protezione individuale in deroga alle norme tecniche vigenti e secondo una specifica procedura di validazione, posta dal medesimo articolo 15, e successive modificazioni (tale normativa transitoria demanda la verifica della sussistenza dei requisiti di sicurezza all'Istituto superiore di sanità per le mascherine chirurgiche e all'INAIL per i dispositivi di protezione individuale) ;
 - il comma 1 dell'articolo 16, e successive modificazioni, il quale prevede che, in via transitoria, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio - ivi comprese, previa valutazione da parte dell'Istituto superiore di sanità, quelle prive del marchio CE - siano incluse tra i dispositivi di protezione individuale (DPI), con riferimento a tutti i casi in cui i lavoratori (ivi compresi quelli addetti ai servizi domestici e familiari) e i volontari (sia in ambito sanitario sia in altri ambiti), nello svolgimento della loro attività, siano oggettivamente impossibilitati a mantenere la distanza interpersonale di almeno un metro. Tale prescrizione è in sostanza relativa ad un livello minimo di protezione (salve le norme e le valutazioni specifiche, relative ad un livello più elevato);
 - il comma 2 del citato articolo 16, il quale consente, in via transitoria, l'impiego, da parte delle persone presenti sull'intero territorio nazionale, di mascherine filtranti prive del marchio CE e prodotte in deroga alle vigenti norme sull'immissione in commercio;
 - l'articolo 17-*bis*, che reca norme transitorie in materia di trattamento di dati personali (tra cui dati relativi alla salute);
 - l'articolo 22-*bis*, e successive modificazioni, che prevede, in via transitoria, l'adozione di iniziative di solidarietà per i familiari degli esercenti una professione sanitaria, degli assistenti sociali e degli operatori socio-sanitari, che, durante lo stato di emergenza, abbiano contratto, in conseguenza dell'attività di servizio prestata, una patologia alla quale sia conseguita la morte per effetto diretto o "come concausa" del contagio da COVID-19;
 - l'articolo 102, comma 6, recante una norma transitoria sulle modalità di svolgimento delle prove compensative, per i casi in cui, per i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, il riconoscimento del possesso di una qualifica professionale (conseguita in altri Paesi dell'Unione), nell'ambito delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, richieda lo svolgimento di tale prova;
 - l'articolo 122, e successive modificazioni, che prevede, in via transitoria, la figura del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (il Commissario attua e sovrintende ad ogni intervento utile a fronteggiare l'emergenza, organizzando, acquisendo e sostenendo la produzione di ogni genere di bene strumentale utile a contenere e contrastare l'emergenza stessa, o comunque necessario in relazione alle misure adottate per contrastarla, nonché programmando e organizzando ogni attività connessa, individuando e indirizzando il reperimento delle risorse umane e strumentali necessarie, individuando i fabbisogni, e procedendo all'acquisizione e alla distribuzione di farmaci, di apparecchiature e di dispositivi medici e di protezione individuale. Nello svolgimento delle proprie funzioni, il Commissario collabora con le regioni e le supporta nell'esercizio delle relative competenze in materia di salute e, anche su richiesta delle regioni, può adottare, in via d'urgenza, secondo la disciplina di cui al comma 2 del medesimo articolo 122, i provvedimenti necessari a fronteggiare ogni situazione eccezionale).
- Riguardo alle disposizioni in materia di lavoro agile, in base ai medesimi articolo 1, comma 3, ed allegato 1 del decreto-legge in conversione, la relatrice facente funzione segnala che:
- viene prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 la norma transitoria (di cui all'articolo 39,

commi 1 e 2-*bis*, del decreto-legge n. 18) che riconosce ai lavoratori dipendenti portatori di handicap grave, o aventi nel proprio nucleo familiare un soggetto portatore di *handicap* grave o immunodepresso, il diritto a tale modalità lavorativa, a condizione che essa sia compatibile con le caratteristiche della prestazione;

- è parimenti prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 la norma transitoria - di cui all'articolo 90, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 - che riconosce il diritto alla modalità lavorativa in oggetto, sulla base delle valutazioni dei medici competenti e a condizione che essa sia compatibile con le caratteristiche della prestazione, ai dipendenti del settore privato maggiormente esposti a rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o, comunque, da comorbidità che possano caratterizzare una situazione di maggiore rischiosità accertata dal medico competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria sul luogo di lavoro;

- viene prorogata dal 31 luglio 2020 al 14 settembre 2020 la norma transitoria - di cui al primo periodo del citato articolo 90, comma 1, del decreto-legge n. 34 - che riconosce lo stesso diritto ai lavoratori dipendenti del settore privato che abbiano almeno un figlio minore di anni 14, a condizione che nel nucleo familiare non vi sia altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa e che non vi sia genitore non lavoratore, ferma restando la condizione che la modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione;

- è prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 la norma transitoria - di cui al comma 4 del citato articolo 90 del decreto-legge n. 34 - che consente ai datori privati, con riferimento a ogni rapporto di lavoro subordinato, il ricorso alla modalità di lavoro agile anche in assenza dell'accordo individuale (in tal caso, gli obblighi di informativa in materia di sicurezza sul lavoro possono essere assolti in via telematica, anche ricorrendo alla documentazione disponibile sul sito internet dell'INAIL);

- è prorogato dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 il termine finale del periodo - di cui al comma 3 del citato articolo 90 del decreto-legge n. 34 - durante il quale i datori di lavoro del settore privato devono comunicare al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in via telematica, i nominativi dei lavoratori che prestano lavoro agile e la data di cessazione della medesima modalità.

Infine, riguardo alle altre norme comprese nell'allegato 1, la relatrice facente funzione segnala:

- l'articolo 27-*bis* del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla L. 5 giugno 2020, n. 40, che estende in via transitoria (fino al termine ora prorogato dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020) a tutti i farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente l'applicazione degli eventuali accordi che attualmente concernano solo alcuni dei farmaci in oggetto (accordi conclusi in applicazione della normativa che consente alle regioni e province autonome di stipularli con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per permettere agli assistiti di rifornirsi anche presso le stesse farmacie - cosiddetta distribuzione per conto -, con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale - cosiddetta distribuzione diretta -);

- il comma 1 dell'articolo 38 del citato decreto-legge n. 23, che pone una norma transitoria relativa alla corresponsione di incrementi del trattamento economico ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta;

- l'articolo 40 dello stesso decreto-legge n. 23, che reca norme transitorie sulla sperimentazione clinica dei farmaci, con riferimento a pazienti affetti da COVID-19, nonché sull'uso compassionevole dei farmaci in fase di sperimentazione destinato ai medesimi pazienti;

- il comma 1, quarto periodo, dell'articolo 42 del citato decreto-legge n. 23, sulla durata del mandato del Commissario straordinario dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Anche tale durata viene prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 (tuttavia, l'articolo 31, comma 2, del successivo D.L. 14 agosto 2020, n. 104, attualmente in fase di conversione alle Camere, prevede che il presidente e il direttore generale dell'Agenas siano nominati entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto e che, con tali nomine, cessi l'incarico conferito al

Commissario straordinario);

- la proroga (sempre dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020) sia del termine per l'utilizzo dell'applicazione per dispositivi di telefonia mobile complementare e della piattaforma relative alla gestione di un sistema di allerta (cosiddetta *app* Immuni), in relazione alle persone che siano entrate in contatto stretto con soggetti risultati positivi al virus SARS-CoV-2, sia del termine finale per il trattamento dei relativi dati personali e per la cancellazione o la conversione in forma definitivamente anonima degli stessi dati;

- l'articolo 4 del decreto-legge n. 34 del 2020, che prevede, in via transitoria, in favore delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, sia il riconoscimento di una remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza da COVID-19 sia un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti dalla suddetta malattia;

- l'articolo 100 dello stesso decreto-legge n. 34, che prevede, in via temporanea, la facoltà di avvalimento in via diretta, da parte del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, del Comando dei Carabinieri per la tutela del lavoro e delle articolazioni dipendenti, limitatamente al personale già in organico. Anche per tale disposizione il termine è prorogato dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020.

La [PRESIDENTE](#) avverte che la tempistica di trattazione del provvedimento sarà discussa nel pomeriggio odierno in sede di Ufficio di Presidenza, alla luce del calendario vigente dell'Assemblea e dell'andamento dei lavori presso la Commissione di merito.

Prende atto la Commissione.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle odierne audizioni, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sui disegni di legge n. 913 (esercizio fisico) e n. 1715 e connesso (Riforma Sistema emergenza sanitaria "118"), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata nelle successive audizioni connesse all'esame di tali disegni di legge.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 9,50.

1.3.2.1.5. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 147 (pom.) del 20/10/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 147
MARTEDÌ 20 OTTOBRE 2020

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 16,05 alle ore 18,05

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO
DI LEGGE N. 1715 E CONNESSO (RIFORMA SISTEMA EMERGENZA SANITARIA "118") E
DELL'AFFARE ASSEGNATO "POTENZIAMENTO E RIQUALIFICAZIONE DELLA MEDICINA
TERRITORIALE NELL'EPOCA POST COVID (ATTO N. 569)*

[VIDEO DDL 1715 E CONNESSO \(Riforma "118"\)](#)
[VIDEO ATTO N. 569](#)

1.3.2.1.6. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 246 (ant.) del 22/07/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 22 LUGLIO 2021
246^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,30.

SINDACATO ISPETTIVO

Interrogazioni

Il sottosegretario SILERI risponde all'interrogazione n. 3-01181 della senatrice Pucciarelli e altri, sull'istituzione di una giornata nazionale contro il tumore al seno metastatico.

La pianificazione strategica adottata in Italia per la lotta contro i tumori nazionale è coerente con l'approccio multisettoriale di "Salute in tutte le politiche" del Piano Europeo contro il cancro (European Commission - "Europe's Beating Cancer Plan" 2021).

Infatti, il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ha sottolineato che l'approccio interdisciplinare e transdisciplinare tra ricercatori e professionisti, di provenienza sia tecnica sia medica, è cruciale al fine di affrontare i principali problemi di Salute Pubblica, ed in particolare la prevenzione dei tumori.

Gli obiettivi fondamentali del PNP per la prevenzione dei tumori sono sia le azioni intersettoriali di promozione della salute (sana alimentazione, attività fisica, dell'astensione dall'uso di sigarette e di altri prodotti del tabacco e dal consumo dannoso e rischioso di alcol), sia il miglioramento della partecipazione agli screening oncologici erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, la cui offerta e adesione può essere considerata un fattore protettivo per la mortalità e morbilità dovuta alle tre patologie oncologiche attualmente oggetto di *screening* (carcinoma della cervice uterina, mammario e del colon retto).

Al fine di migliorare il percorso complessivo di contrasto delle patologie neoplastiche (dalla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla presa in carico globale del malato oncologico), e per poter far fronte ai costi sanitari e sociali da esse determinati, presso il Ministero della salute, in data 27 aprile 2021, è stato istituito un Tavolo di lavoro inter-istituzionale, con il compito di elaborare un Documento di pianificazione per la prevenzione oncologica (Piano Nazionale di Prevenzione Oncologica).

Ai lavori del Tavolo partecipano i rappresentanti di Alleanza Contro il Cancro, AIFA, AGENAS, ISS, della Commissione Salute presso la Conferenza Regioni/Province Autonome e di AIRTUM, nonché delle Associazioni e Federazioni italiane delle professioni mediche e sanitarie e delle Associazioni dei

pazienti e del volontariato.

In coerenza con le aree di intervento del citato Piano Europeo contro il cancro, si prevede un rafforzato impegno per migliorare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro, valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica, sostenere le nuove tecnologie, la ricerca e l'innovazione, attività che dovranno svilupparsi in forte raccordo con le iniziative intraprese a livello europeo.

Accanto alle attività di promozione della salute e prevenzione è necessario un approccio integrato e multidisciplinare in tutto l'iter diagnostico terapeutico, nelle diverse fasi della malattia, rispettando la centralità della persona, affinché come paziente sia inserita in un sistema organizzato, dove ogni livello operativo agisce nell'ambito di un modello a rete che implica una presa in carico globale, estesa all'intero percorso dall'ospedale al domicilio.

In tal senso, l'Accordo sancito in Conferenza Permanente Stato-Regioni il 17 aprile 2019 sul Documento recante: "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale-", mira a favorire il consolidamento, in tutte le Regioni/Province Autonome, di un modello organizzativo che preveda l'approccio multi-disciplinare, con l'integrazione delle differenti specialità in un "team tumore" specifico per la gestione clinica dei pazienti, che contempla la condivisione dei percorsi di cura, la garanzia dell'equità di accesso alle cure e la precoce presa in carico dei pazienti.

Presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), è operante l'Osservatorio per il monitoraggio delle reti oncologiche, che ha il compito di monitorare e di favorire l'omogeneità di funzionamento delle reti ed il loro periodico aggiornamento.

Inoltre, il Ministero della salute ha promosso numerose iniziative sia riguardo alle tematiche della salute della donna, sia in merito alla prevenzione delle malattie oncologiche mammarie, tra le quali la recentissima iniziativa realizzata in collaborazione con le *Breast Unit* operanti nel Policlinico di Tor Vergata in Roma e presso l'Università di Modena e Reggio Emilia, concernente il Progetto "In seno alla salute", "lanciato" il 14 luglio 2021 (consultabile nel sito www.insenoallasalute.it).

Questo Progetto intende fornire uno strumento di conoscenza delle misure di prevenzione oncologica, offrendo la possibilità di effettuare un consulto medico telefonico gratuito alle donne che, a seguito di compilazione di questionario anamnestico, risultino come soggetti "a maggior rischio".

Nel caso in cui gli specialisti oncologi, in esito al colloquio telefonico, ritengano necessari adeguati approfondimenti, le donne avranno la possibilità di sottoporsi a visita presso le citate *Breast Unit*.

Nel sito sopra indicato viene spiegato, in modo chiaro e diretto, come partecipare al Progetto: tutte le donne interessate, attraverso una semplice procedura di autenticazione con il telefono cellulare, e nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di "privacy", possono accedere alla compilazione di un questionario anamnestico, in base al quale saranno individuate le persone ritenute "a maggior rischio".

Ad esse verrà dato accesso ad un calendario "on line", in cui potranno autonomamente prenotare un appuntamento telefonico con uno specialista delle *Breast Unit*.

Gli obiettivi del Progetto sono: diffondere la cultura della prevenzione, facendo conoscere anche le conseguenze che alcune patologie oncologiche mammarie possono avere sulla salute riproduttiva; incrementare l'adesione ai programmi di screening; sottolineare l'importanza dell'autopalpazione del seno e della diagnosi precoce; aumentare la consapevolezza delle possibilità di procreazione anche dopo una diagnosi di neoplasia.

In merito alla richiesta formulata nell'interrogazione parlamentare in esame, ed in considerazione dell'importanza delle tematiche della salute della donna nel delicato settore della prevenzione e terapia delle patologie oncologiche, il Ministero della salute, per quanto riguarda gli aspetti e gli ambiti della propria competenza, considera favorevolmente l'istituzione di una Giornata Nazionale del tumore al seno metastatico.

Il Sottosegretario segnala, infine, di essersi attivato per dare impulso ai lavori del menzionato Tavolo di lavoro inter-istituzionale, e annuncia l'adozione in tempi ravvicinati dell'atteso Piano Nazionale di Prevenzione Oncologica.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) ringrazia per la risposta e per l'attività di stimolo nei riguardi del Tavolo di lavoro. Ricorda che nel settore oncologico la prevenzione e la sensibilizzazione sono fondamentali, viepiù con riferimento ai tumori della mammella, che producono uno sconvolgimento nella vita della malata. Richiama l'attenzione sulla necessità che le attività di *screening* siano svolte su tutto il territorio nazionale in maniera omogenea, così da favorire diagnosi precoci. Si dichiara infine soddisfatta delle iniziative riportate dal Sottosegretario, sottolineando che l'istituzione di una Giornata Nazionale non è che un tassello ulteriore, ma di forte valore simbolico.

Il sottosegretario SILERI risponde, quindi, all'interrogazione n. 3-01858 della senatrice Pirro e altri, sulla prosecuzione delle misure di isolamento degli anziani ospiti delle RSA.

Nell'ambito delle strategie per la prevenzione e il controllo dell'epidemia da SARS CoV-2 è necessario riservare la massima attenzione nei confronti delle persone anziane, che costituiscono la popolazione fragile per eccellenza.

Inoltre, nelle strutture residenziali sociosanitarie (RSA) sono ospitati anche soggetti con patologie croniche, affetti da disabilità di varia natura o con altre problematiche di salute, che sono da considerarsi fragili e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave se colpiti da COVID-19. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2020, "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", prevede, all'articolo 2, comma 1, lettera q), che: "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo del contagio, il Ministero della salute ha diramato la circolare n. 7865 del 25 marzo 2020 "Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19", segnalando l'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e un costante monitoraggio, nonché il rafforzamento dei *setting* assistenziali.

La sorveglianza approntata coinvolge l'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero della salute, il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà, le Regioni e Province Autonome.

La riattivazione delle attività sociali e sociosanitarie, di cui all'articolo 9 (concernente ulteriori disposizioni specifiche per la disabilità) del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 giugno 2020, ha previsto una graduale riapertura degli accessi da parte dei familiari e delle altre persone che non fanno parte dello *staff* delle strutture residenziali.

Le RSA hanno dovuto definire un protocollo scritto per le visite, con regole prestabilite, consultabile dai familiari richiedenti le visite.

L'Istituto Superiore di Sanità, con la collaborazione del Ministero della salute e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha redatto il Documento "Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" (aggiornato al 24 agosto 2020), indicando le misure di controllo necessarie al fine di proteggere operatori, residenti e familiari afferenti alle RSA.

Ogni struttura residenziale sociosanitaria e socioassistenziale deve mantenere le comunicazioni con operatori, residenti e familiari: a questi ultimi va garantita la possibilità di ricevere informazioni sullo stato di salute del proprio congiunto residente, attraverso una figura appositamente designata.

Al fine di impedire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19, occorre mantenere uno stretto governo degli accessi nella struttura.

L'attuazione delle misure di prevenzione, tra cui il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali imposte dalle norme volte al contenimento della diffusione del contagio, hanno determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socio-affettive che, in una popolazione fragile e in larga misura cognitivamente instabile, possono favorire l'ulteriore

decadimento psico-emotivo, determinando un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico.

Inoltre, anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguente difficoltà ad offrire sostegno e supporto affettivo in un momento difficile come quello attuale. In tale contesto si collocano le proposte della "Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana", istituita presso il Ministero della salute con decreto ministeriale 8 settembre 2020, riguardanti la ripresa in sicurezza di visite e contatti presso gli anziani in strutture residenziali, le quali, a partire dall'analisi degli elementi di criticità caratterizzanti il sistema residenziale sociosanitario per la terza età, individuano soluzioni organizzative utili per ripristinare in sicurezza le attività socio-relazionali all'interno delle strutture stesse, altrettanto necessarie quanto quelle sanitarie.

Considerata la situazione di peggioramento del quadro epidemiologico, è stato emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020: "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»".

Detto provvedimento, allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale, ha disposto l'applicazione delle seguenti misure: l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è stata limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.

La circolare del Ministero della salute "Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e *hospice* e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura", del 30 novembre 2020, n. 24969, affronta la ripresa in sicurezza di visite e contatti presso gli anziani in strutture residenziali, ed individua soluzioni organizzative utili per ripristinare le attività socio-relazionali all'interno delle strutture stesse, altrettanto necessarie quanto quelle sanitarie.

In particolare, la circolare n. 24969/2020, nel rimarcare che "l'isolamento sociale e la solitudine rappresentano motivo di sofferenza e importanti fattori di rischio nella popolazione anziana per la sopravvivenza, lo stato di salute fisica e mentale, in particolare per depressione, ansia e decadimento cognitivo/demenza" sottolinea che "debbono essere assicurate le visite dei parenti e dei volontari per evitare le conseguenze di un troppo severo isolamento sulla salute degli ospiti delle residenze. Le visite devono essere effettuate in sicurezza tramite adeguati dispositivi di protezione e adeguate condizioni ambientali."

La stessa circolare fornisce indicazioni operative, come la predisposizione, a cura delle direzioni sanitarie delle strutture, di un piano dettagliato per poter assicurare la possibilità di visite in presenza e di contatti a distanza in favore degli ospiti.

Con la circolare del Ministero della salute n. 25420 del 4 dicembre 2020, sono state diramate le "Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali", al fine di consentire un regime di contatti e visite fra gli ospiti e i loro cari, anche con uscite al di fuori dalla residenza, nel rispetto delle necessarie misure di sicurezza.

La circolare n. 25420/2020 fornisce indicazioni in merito all'accesso dei familiari/ospiti nelle strutture ed agli aspetti operativi a garanzia della prevenzione e del controllo dei contagi.

In particolare, le strutture devono garantire il benessere psicosociale dei residenti: deve essere favorita l'attività fisica dei residenti ed il loro massimo coinvolgimento nella programmazione e scelta delle varie attività da svolgere nella struttura residenziale.

In data 8 maggio 2021, il Ministro della salute ha firmato l'ordinanza con cui si consente l'ingresso nelle strutture residenziali/*hospice* soltanto ai visitatori, ai familiari e ai volontari in possesso

di Certificazione verde Covid-19, e si indicano alcune precauzioni da adottare: le visite nelle strutture devono essere sempre programmate; l'ingresso alla struttura è possibile a non più di due visitatori per ospite e solo se in possesso di certificazione verde; all'ingresso resta in vigore il protocollo di sorveglianza già in uso e il rispetto delle norme igienico-sanitarie; è sconsigliato l'accesso ai minori di 6 anni, per i quali non è possibile garantire il rispetto delle misure di prevenzione; vanno sempre privilegiati gli incontri negli spazi esterni alla struttura; sono possibili le uscite programmate degli ospiti e i rientri in famiglia (gli ospiti vaccinati o con infezione negli ultimi 6 mesi possono uscire più frequentemente); è sempre necessaria la firma di un patto di reciproca responsabilità fra struttura e ospite o legale rappresentante, sia per le visite all'interno della struttura da parte dei visitatori sia per le uscite degli ospiti.

Gli articoli 2-*bis* e 2-*ter* del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, recante "Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19", convertito in legge 17 giugno 2021, n. 87, rafforzano le misure per assicurare le visite nelle RSA oltre che nei reparti di degenza.

In particolare l'articolo 2-*bis*, nel disciplinare le misure concernenti gli accessi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, consente agli accompagnatori dei pazienti non affetti da COVID-19, muniti delle certificazioni verdi COVID-19, nonché agli accompagnatori dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità, di permanere nelle sale di attesa dei dipartimenti d'emergenza e accettazione e dei reparti di pronto soccorso. Inoltre agli accompagnatori dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità è sempre consentito prestare assistenza, anche nel reparto di degenza, nel rispetto delle indicazioni del direttore sanitario della struttura.

L'articolo 2-*ter* prevede invece l'adozione, da parte del Ministero della salute, previa intesa in Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di un protocollo uniforme per tutto il territorio nazionale che, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera correlata al COVID-19, assicuri, in caso di pazienti che ne sono affetti, il mantenimento delle comunicazioni tra operatori e familiari attraverso una figura appositamente designata all'interno dell'unità operativa di degenza, compreso il pronto soccorso; lo svolgimento delle visite da parte dei familiari, secondo regole prestabilite ovvero, in subordine o in caso di impossibilità oggettiva di effettuare la visita o come opportunità aggiuntiva, l'adozione di strumenti alternativi alla visita in presenza, quali videochiamate organizzate dalla struttura sanitaria; l'individuazione di ambienti dedicati che, in condizioni di sicurezza, siano adibiti all'accesso di almeno un familiare.

Il successivo comma 2-*quater* affronta anche il tema delle uscite temporanee degli ospiti dalle strutture residenziali, prevedendo che alle persone ospitate presso strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite, *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e no, strutture residenziali socioassistenziali e altre strutture residenziali, sono consentite uscite temporanee, purché tali persone siano munite delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9.

E' dunque massima l'attenzione riservata dal Governo e dal Parlamento al tema posto dall'atto di sindacato ispettivo.

Inoltre, proprio al fine di garantire la massima effettività delle misure in questione, è stato istituito, ai primi di luglio 2021, il Gruppo di lavoro per il monitoraggio e l'eventuale supporto alle Regioni nell'attuazione delle misure organizzative per l'accesso in sicurezza nelle strutture di lungodegenza, contenute nel Documento recante "Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale", adottato nella seduta del 5 maggio 2021 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, come integrato e validato dal Comitato Tecnico-Scientifico del Dipartimento della Protezione Civile, il quale costituisce parte integrante dell'Ordinanza del Ministro della salute dell'8 maggio 2021.

Il Ministero della salute ha avviato e sta coordinando un Gruppo di lavoro sui criteri essenziali delle RSA, che opera all'interno del Tavolo tecnico nazionale per l'accreditamento, al fine di definire

specifici requisiti minimi di sicurezza e di qualità delle residenze sanitarie assistenziali, a tutela delle persone fragili.

Nell'ambito della Cabina di Regia per l'attuazione degli obiettivi prioritari individuati dal Patto per la Salute 2019-2021, e collegati alle strategie della Missione Salute previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si è insediato il Gruppo di lavoro RSA, composto da rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni e di Agenas, con l'obiettivo di elaborare un contributo operativo per avviare la riforma dei modelli di residenzialità per le persone anziane non autosufficienti o fragili, ragionando anche sui relativi *standard* assistenziali ed organizzativi.

In conclusione, il Sottosegretario assicura che ogni sforzo è stato prodotto per garantire la salvaguardia delle relazioni umane e il diritto di visita delle persone ricoverate a vario titolo nel periodo dell'emergenza COVID e che il Ministero della salute continuerà a fornire supporto alle regioni affinché tale diritto sia garantito in tutta la sua latitudine, compatibilmente con le esigenze di prevenzione dal contagio a tutela della incolumità dei familiari e delle persone care ricoverate.

La senatrice [PIRRO](#) (M5S), ringraziato il sottosegretario Sileri, si dichiara soddisfatta dell'azione del Ministero della salute, mentre nutre perplessità circa l'operato delle regioni e dei responsabili delle strutture, risultando a tutt'oggi casi di limitazione delle visite non conformi a quanto previsto dalla normativa e dalle linee guida. Manifesta apprezzamento per il riferito insediamento del Gruppo di lavoro.

La [PRESIDENTE](#), dopo essersi unita ai ringraziamenti al rappresentante del Governo, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

IN SEDE CONSULTIVA

[\(Doc. LXXXVI, n. 4\)](#) *Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2021*

[\(Doc. LXXXVII, n. 4\)](#) *Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea, relativa all'anno 2020*

(Parere alla 14a Commissione. Seguito dell'esame congiunto e rinvio.)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 20 luglio.

Si avvia la discussione generale.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az), riguardo al capitolo 13 ("Tutela della Salute") della relazione consuntiva, con particolare riferimento alla scheda 13.5, sottolinea che è prioritario il recepimento di contributi normativi volti alla soluzione sistematica di macro problematiche di rilevante impatto per la salute dei consumatori - coniugando la valorizzazione delle eccellenze agroalimentari italiane con prevenzione, appropriatezza della giornata alimentare, sicurezza e controlli nell'intera filiera e potenziamento - come quelli recati disegno di legge n. 1660 ("Disposizioni volte ad incentivare il raggiungimento di *standard* qualitativi elevati dei prodotti agroalimentari italiani introducendo un sistema di rating per la certificazione di eccellenza e riforma del sistema di prevenzione, programmazione e controllo nella sanità pubblica veterinaria"). Osserva che, pur se il decreto ministeriale 19 novembre, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 304 del 7 dicembre 2020, ben riprende il progetto presentato dallo Stato italiano alla Commissione ed agli altri Stati membri nella riunione del comitato congiunto sull'etichettatura *Front of Pack* (FOP) del 22 giugno 2018, e nonostante le manifestazioni di interesse da parte di diversi Paesi membri e di numerose associazioni di produttori rispetto al processo di armonizzazione, la posizione dell'Unione europea sull'impiego dell'etichettatura FOP non è stata ancora definita. Rappresenta la necessità di procedere

risolutivamente sul punto, mutuando le soluzioni disponibili e da tempo prospettate, che vanno oltre la necessità di semplificazione e trasparenza: occorre assicurare al consumatore che il suo diritto all'informazione sia precipuamente finalizzato al suo benessere, conseguente ad una più consapevole educazione alimentare e alla cultura dei sani stili di vita, coniugando prevenzione, appropriatezza, controlli ed economia circolare. Saggiunge che attualmente non vi è alcuna bozza di provvedimento in discussione e ogni Stato membro è libero di continuare a raccomandare sul proprio territorio nazionale uno schema di etichettatura applicato volontariamente dagli operatori del settore alimentare. Ritiene da tempo che sarebbe opportuno proporsi, in modo non autoreferenziale, con un modello innovativo di *rating* esportabile a livello europeo. Rammenta che la Commissione europea ha già presentato la *Inception impact assessment*, che è stata contestata dall'Italia specie per quanto attiene al legame tra il futuro sistema di etichettatura armonizzato e i profili nutrizionali, e sottolinea che la posizione che si assumerà a livello europeo dipenderà da quanto si saprà prospettare in termini di modello informativo e di "tracciabilità oggettivizzata", qualificante l'opzione italiana rispetto ai modelli alternativi. Evidenzia, al riguardo, che il menzionato disegno di legge n. 1660 porta le risposte: propone un *rating* prestazionale degli operatori, capace di determinare azioni volte al raggiungimento di *standard* qualitativi elevati in ogni fase della produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti. E' dell'avviso che tale sistema verrebbe a rappresentare una *best practice* nel panorama europeo ed internazionale, conferendo all'Italia un ruolo di assoluta centralità nella definizione di un modello basato sui principi di una sana ed equilibrata dieta alimentare. In conclusione, auspica si solleciti il Governo a dare corso agli impegni assunti con la mozione n.1-00382 (testo 2) - concernente la tutela e la promozione dei prodotti agroalimentari italiani e approvata nella seduta del Senato dello scorso 10 giugno -, inserendo un richiamo in tal senso nel redigendo schema di parere sul Documento LXXXVII, n. 4.

Non essendovi altri iscritti a parlare, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale. Avverte che, stante l'imminente avvio dei lavori dell'Assemblea, l'esame si concluderà nella giornata di martedì prossimo, 27 luglio. Invita a far pervenire alla relatrice eventuali proposte scritte in tempo utile per la redazione degli schemi di parere.

La RELATRICE si dichiara disponibile a valutare eventuali contributi, confidando che essi saranno attinenti ai contenuti dei Documenti in esame.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La [PRESIDENTE](#) comunica che, secondo quanto convenuto nella riunione di ieri dell'Ufficio di Presidenza integrato, nel corso della prossima settimana l'ordine del giorno sarà integrato con l'esame del decreto-legge n. 77, su *Governance* PNRR e semplificazioni, qualora il relativo disegno di legge di conversione sia assegnato alla Commissione. Saranno altresì iscritti all'ordine del giorno, oltre agli argomenti già in trattazione nella corrente settimana, i disegni di legge in materia di fibromialgia, riforma del sistema di emergenza sanitaria, autista soccorritore, prevenzione cardiovascolare. Inoltre, nella settimana successiva, saranno calendarizzate audizioni dei rappresentanti di AIFA e AGENAS, rispettivamente sul disegno di legge n. 2255 e connesso e sull'affare assegnato concernente il potenziamento e la riqualificazione della medicina territoriale.

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 9,20.

1.3.2.1.7. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 248 (ant.) del 28/07/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCLEDÌ 28 LUGLIO 2021
248^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,35.

IN SEDE REDIGENTE

(299) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia

(485) Isabella RAUTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(672) VESCOVI. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(899) Felicia GAUDIANO ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 1° agosto 2019.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata svolta la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti. Avverte che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio e della Commissione giustizia. Saggiunge, quanto al parere della Commissione bilancio, che risultano in corso interlocuzioni tra il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(869) Sonia FREGOLENT ed altri. - Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 13 luglio.

La [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati presentati emendamenti (pubblicati in allegato).

Dispone quindi una breve sospensione della seduta, in vista dell'avvio della fase di illustrazione e discussione delle proposte di modifica.

La seduta, sospesa alle ore 8,40, riprende alle ore 8,45.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 1.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC) illustra l'emendamento 1.1.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) dà conto dell'emendamento 1.2.

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) illustra l'emendamento 1.3.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) si sofferma sull'emendamento 1.4.

Si passa agli emendamenti riferiti all'articolo 2.

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) illustra gli emendamenti 2.1 e 2.2.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) si sofferma sull'emendamento 2.3.

Si passa agli emendamenti riferiti all'articolo 3.

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) illustra gli emendamenti 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.8, 3.9 e 3.0.1.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) illustra l'emendamento 3.8.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC) dà conto dell'emendamento 3.11.

I restanti emendamenti all'articolo 3 sono dati per illustrati.

La [PRESIDENTE](#), nessun altro chiedendo di intervenire, dichiara conclusa la fase di illustrazione e discussione delle proposte emendative.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

[\(1715\)](#) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

[\(179\)](#) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

[\(1127\)](#) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

[\(1634\)](#) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

[\(2153\)](#) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

[\(2231\)](#) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1715 e 1634, congiunzione con la discussione congiunta dei disegni di legge nn. 2153, 2231, 179 e 1127 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 24 giugno 2020.

La [PRESIDENTE](#) propone che i disegni di legge 2153 e 2231, in materia di riordino del sistema di emergenza-urgenza sanitaria, e 179 e 1127, concernenti la figura dell'autista soccorritore, siano dati per illustrati e che la relativa discussione proceda congiuntamente al seguito della discussione dei disegni di legge 1715 e connesso, stante l'affinità di materia tra i provvedimenti in questione.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*), nulla obiettando riguardo alla proposta di congiunzione, auspica che i disegni di legge sul riordino del sistema di emergenza-urgenza sanitaria e sulla figura dell'autista soccorritore formino oggetto di illustrazione da parte del relatore, e che vi possa essere poi un dibattito propeedeutico a una riconsiderazione della scelta riguardo al testo base.

La senatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*), nel rimarcare l'importanza della congiunzione proposta dalla Presidente, dichiara di essere disponibile a valutare la possibilità di convergenza su un testo unificato, ma rileva che le distanze tra i disegni di legge sono ragguardevoli. Propone di rinviare alla prossima settimana la trattazione della questione relativa al testo base.

Il relatore [MARINELLO](#) (*M5S*), nel riservarsi di svolgere l'illustrazione richiesta dalla senatrice Cantù, si dice disponibile a verificare le possibilità di convergenza mediante contatti informali.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) rileva che occorre innanzitutto concludere il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato, che si è concordato, da ultimo, di svolgere in tempi rapidi limitando le audizioni a una per Gruppo.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) osserva che il senatore Marinello risulta relatore anche sul disegno di legge 1127, del quale è primo firmatario.

La [PRESIDENTE](#) prende atto che non vi sono obiezioni rispetto alla proposta di congiunzione, che si intende dunque accolta. Rimarca che detta proposta è stata avanzata alla luce degli orientamenti unanimi manifestati dai Gruppi in sede di Ufficio di Presidenza integrato. Fa rilevare che la designazione del senatore Marinello quale relatore anche per i disegni di legge in materia di autista soccorritore è un corollario dell'abbinamento di tali provvedimenti al disegno di legge n. 1715 e connesso.

Propone, alla luce del dibattito incidentale testé svolto, di riprendere la discussione congiunta dopo la chiusura delle audizioni informali, prevista per la prossima settimana, con l'intervento del relatore Marinello sui provvedimenti oggi congiunti e la successiva discussione in ordine alla riconsiderazione del testo base. Ricorda che, fino a diverse determinazioni sul punto, il disegno di legge n. 1715 resta confermato come testo base.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 9,25.

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE
N. [869](#)

Art. 1

1.1

[Rizzotti](#)

Al comma 1 sostituire la parola: "cinquantesimo" con la seguente:

"quarantesimo".

Conseguentemente sostituire ovunque ricorra nel testo la parola «CARDIO50», con la seguente: «CARDIO 40».

1.2

[Boldrini](#)

Al comma 1, dopo le parole «condizioni di rischio cardiovascolare,» inserire le seguenti «con particolare attenzione alle differenze di sesso-genere evidenziate dalla ricerca scientifica e».

Conseguentemente, agli articoli 2 e 3, dopo le parole «Screening CARDIO50», ovunque ricorrano, inserire le parole «, con particolare attenzione alle differenze di sesso-genere evidenziate dalla ricerca scientifica,».

1.3

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«1bis. Per le medesime finalità di cui al comma 1 per "Screening Cuore dell'Anziano" si intende un programma organizzato per i residenti nel territorio nazionale, al compimento del sessantacinquesimo anno di età e ripetuto al settantacinquesimo e all'ottantesimo anno, finalizzato alla diagnosi delle patologie cardiovascolari dell'anziano quali la fibrillazione atriale, la disfunzione ventricolare sinistra asintomatica e sintomatica dell'anziano, le malattie valvolari cardiache (stenosi aortica, insufficienza mitralica e tricuspide).».

1.4

[Binetti](#)

Dopo il comma 1 aggiungere il seguente:

«1bis. Ai fini di cui al comma 1, a fini di prevenzione, i residenti nel territorio nazionale con età pari o superiore a 65 anni sono altresì sottoposti a screening cardiologico.»

Art. 2

2.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'anziano».

2.2

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1 sono aggiunte in fine le seguenti parole: «L'adozione di programmi di screening formulati per fasce d'età si pone nell'ottica della prevenzione di precisione, al fine di modulare gli interventi diagnostici in funzione dei bisogni di sottogruppi della popolazione e all'interno di percorsi strutturati per garantirne l'appropriatezza».

2.3

[Binetti](#)

Dopo il comma 1 aggiungere il seguente:

«1bis. Parte integrante dello screening è la conoscenza concreta del contesto sociale in cui il soggetto è integrato. Questi dati di natura socio-sanitaria e non solo sanitaria, sono raccolti nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 in materia di protezione dei dati personali, e con riguardo alla loro evoluzione nel tempo.»

Art. 3

3.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera a) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.2

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, dopo la lettera a), aggiungere la seguente:

«a bis) entro 120 giorni dall'emanazione della presente legge, il Ministro della Salute con apposito decreto definisce, sentite le principali società scientifiche e le associazioni dei pazienti in ambito cardiovascolare e di geriatria, il contenuto dello "Screening Cuore dell'Anziano";».

3.3

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera b) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.4

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «Screening CARDIO50» sono aggiunte le seguenti: «e lo Screening Cuore dell'Anziano».

3.5

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «programmi di promozione» sono aggiunte le seguenti: «e prevenzione».

3.6

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, lettera c) dopo le parole: «di comunità» sono aggiunte le seguenti: «e delle associazioni scientifiche e delle associazioni dei pazienti».

3.7

[Zaffini](#)

Al comma 1, lettera c), sostituire le parole: «comportamenti salutari» con le seguenti: «un corretto stile di vita».

3.8

[Binetti](#)

Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere le seguenti:

«e bis) implementare, tra i programmi di promozione della salute correlati al programma ScreeninCARDIO50 in fase di sviluppo, soprattutto quelli che permettono di promuovere iniziative concrete di contrasto all'invecchiamento, attraverso trattamenti di esercizio fisico e mentale anti-aging;

e ter) calcolare il finanziamento delle predette iniziative di raccordo tra sanità e welfare sulla base dell'andamento demografico del paese, avendo presente la tendenza a stabilizzarsi con il tempo, nella misura in cui la prevenzione riduce i danni occasionati dalla patologia cardio-vascolare.»

3.9

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

«c bis) il Ministero della salute, nell'ambito delle attività informative e comunicative previste a legislazione vigente, promuove azioni utili per fornire e un'informazione tempestiva e corretta ai cittadini in ordine allo "Screening Cardio 50" e allo "Screening Cuore dell'Anziano".».

3.10

[Pirro](#)

Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

"c-bis) implementare e favorire i percorsi diagnostici e di screening anche attraverso l'analisi della troponina, al fine di incrementare l'attività di prevenzione del rischio cardiovascolare".

3.11

[Rizzotti](#)

Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere la seguente:

«c bis) implementare e favorire i percorsi diagnostici e di screening anche attraverso l'analisi della troponina, al fine di incrementare l'attività di prevenzione del rischio cardiovascolare.»

3.0.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Doria](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 3 bis.

(Modalità di finanziamento)

1. Per le finalità di cui alla presente legge e per l'attuazione dei percorsi di cui all'articolo 3 è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2021.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sono definite le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge anche al fine del rispetto del limite autorizzato.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 5 milioni di euro a decorrere dal 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili che si manifestano nel corso della gestione di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.».

1.3.2.1.8. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 206 (ant.) del 03/08/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 206
MARTEDÌ 3 AGOSTO 2021

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 9,30 alle ore 12,30

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO
DI LEGGE N. 1715 E CONNESSI (RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA
SANITARIA E DISCIPLINA DELL'AUTISTA SOCCORRITORE)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.9. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 251 (ant.) del 05/08/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 5 AGOSTO 2021
251^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40

SINDACATO ISPETTIVO

Interrogazioni

Il sottosegretario SILERI risponde all'interrogazione 3-00902 della senatrice Garavini, sulla garanzia di adeguati livelli occupazionali nel settore medico.

Il Ministero della salute, già in tempi antecedenti all'emergenza pandemica da COVID-19, nell'ottica di garantire il necessario prosieguo del percorso formativo dei neo-laureati in medicina, e nella consapevolezza delle carenze legate all'approssimarsi della gobba pensionistica dei medici operanti nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ha posto in essere una serie di azioni di valore strategico, tra le quali sono numerosi gli interventi rivolti all'incremento delle risorse finanziarie destinate ai contratti statali per l'accesso alle Scuole di formazione medico-specialistica.

L'articolo 1, comma 521, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio per il 2019), ha previsto fondi statali aggiuntivi da destinare ai contratti di formazione specialistica, per un valore pari a: 22,5 milioni di euro per l'anno 2019; 45 milioni di euro per l'anno 2020; 68,4 milioni di euro per l'anno 2021; 91,8 milioni di euro per l'anno 2022, e a 100 milioni di euro annui a decorrere dal 2023. Successivamente si è ritenuto indispensabile assicurare il reperimento di ulteriori risorse aggiuntive da destinare alla formazione specialistica.

In particolare, l'articolo 5 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", come convertito dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, ha autorizzato una ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024, da destinare al finanziamento dei contratti di formazione medico-specialistica. Inoltre, l'articolo 1, comma 271, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio per il 2020), ha previsto un incremento di ulteriori 5,425 milioni di euro per l'anno 2020, 10,850 milioni di euro per l'anno 2021, 16,492 milioni di euro per l'anno 2022, 22,134 milioni di euro per l'anno 2023, 24,995 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024: inoltre il comma 859, articolo 1, della medesima legge di bilancio dispone che, per l'ammissione di medici alle Scuole di specializzazione di area sanitaria, sia autorizzata l'ulteriore spesa di 25 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021, e di 26 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022.

Con le suddette risorse messe a disposizione dello Stato, al netto dei finanziamenti regionali o di altri Enti, si è potuto finanziare complessivamente, per l'anno 2020, n. 13.400 contratti di formazione medico-specialistica, ossia 5.400 contratti aggiuntivi rispetto all'anno precedente.

Ancora, con l'articolo 1, commi 421 e 422, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio per il 2021), è stata autorizzata l'ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022, e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025.

Una ulteriore conferma dell'intendimento del Ministero della salute di proseguire sulla strada del superamento delle attuali criticità del sistema, è costituita dall'Investimento 2.2 - "Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario", inserito nella Missione 6 - M6C2.2 "Formazione, Ricerca Scientifica e Trasferimento Tecnologico" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con il quale sono state stanziato specifiche risorse per garantire ulteriori 4.200 contratti di formazione medico-specialistica, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

Tale azione, per l'anno accademico 2020/2021, ha consentito di incrementare considerevolmente il numero dei contratti di formazione specialistica rispetto ai contratti finanziabili, per il primo anno di corso, con le sole risorse statali disponibili in base alle fonti normative vigenti.

In sintesi, per il prossimo anno accademico, ai 13.200 contratti statali finanziabili al netto dell'investimento del PNRR, vanno ad aggiungersi i 4.200 contratti finanziati dal PNRR, per un totale di 17.400 contratti di formazione specialistica, ossia 4.000 contratti in più rispetto ai 13.400 contratti statali assegnati per l'anno accademico precedente (+30 per cento in termini percentuali), che consentiranno ad altrettanti laureati in medicina e chirurgia di proseguire il percorso formativo accedendo alla formazione post-laurea.

Il "trend" dei contratti finanziati con fondi statali mostra con immediatezza le risultanze delle azioni poste in essere negli anni, finalizzate all'aumento del numero di contratti di formazione specialistica. In particolare, è evidente come le misure adottate negli ultimi due anni abbiano contribuito in misura rilevante al superamento del cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione *post-lauream* previsto, garantendo così un adeguato "turn-over" dei medici specialisti del Servizio Sanitario Nazionale.

In sintesi e come ordine di grandezza, i 17.400 contratti complessivamente finanziabili per l'anno accademico 2020/2021, rappresentano più del doppio dei contratti finanziati nell'anno accademico 2018/2019 (pari a 8.000 unità), e quasi il triplo di quelli disponibili negli anni precedenti (circa 6.000 unità).

L'aumento di 4.200 contratti, rispetto ai 13.200 inizialmente previsti per l'anno accademico 2020/2021, resosi possibile grazie alle risorse del PNRR, ha consentito non solo di soddisfare appieno il fabbisogno di medici specialisti espresso dalle Regioni, e determinato con l'Accordo sancito in Conferenza Permanente Stato-Regioni in data 3 giugno 2021, recante "Determinazione del fabbisogno di medici specialisti da formare per il triennio accademico 2020-2023, ai sensi dell'articolo 35, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368", ma anche di anticipare una quota parte del fabbisogno riferito all'anno accademico successivo, sanando così il "gap" di professionisti creatosi negli ultimi anni e legato essenzialmente alle importanti fuoriuscite dal sistema per pensionamento, nonché alle limitate risorse finanziarie, che hanno indubbiamente condizionato, in passato, la disponibilità dei posti per la formazione "post laurea" dei laureati in medicina e chirurgia.

La senatrice [GARAVINI](#) (*IV-PSI*), nel dichiararsi soddisfatta della risposta, richiama l'attenzione sull'esodo di medici specialisti italiani verso altri Paesi, sottolineando la rilevanza della questione: risulta che l'Italia sia lo Stato maggiormente afflitto, a livello europeo, da tale perdita di professionisti qualificati. Illustra, quindi, alcune misure che a suo avviso dovrebbero essere adottate per porre rimedio alla descritta criticità.

Il sottosegretario SILERI risponde, quindi, all'interrogazione 3-02052 delle senatrici Rizzotti e Gallone, sul profilo dell'educatore professionale socio-pedagogico.

Le problematiche relative alla professione sanitaria dell'educatore professionale e le interconnessioni con la figura dell'educatore in possesso della laurea in scienze della educazione e della formazione sono da tempo all'attenzione del Ministero della salute.

La figura della professione sanitaria dell'educatore professionale ha ricevuto una precisa regolamentazione con il d. m. 8 ottobre 1998, n. 520, "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Detto decreto, all'articolo 1, comma 1, ha stabilito che l'educatore professionale è "l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà".

L'esercizio della relativa attività professionale sanitaria è subordinato al possesso di un titolo abilitante, rilasciato a compimento di un corso di laurea universitaria triennale, appartenente alla classe L/SNT2 delle lauree delle professioni sanitarie della riabilitazione, di cui al decreto 19 febbraio 2009 del Ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

A seguito della legge 11 gennaio 2018, n. 3, contenente, tra le altre norme, disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie, e dell'adozione del successivo decreto del Ministero della salute del 13 marzo 2018, "Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione", è stato istituito, all'interno degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, l'albo degli educatori professionali, al quale devono obbligatoriamente iscriversi tutti coloro che sono in possesso di un titolo abilitante per l'esercizio della relativa attività professionale sanitaria di educatore professionale. Le associazioni di categoria, sia degli educatori professionali che dei laureati in scienze della educazione e della formazione, nel corso degli anni hanno spesso messo in evidenza la confusione che viene ingenerata dalla formazione prevista dalla suddetta classe L/SNT2, che include anche la formazione della professione sanitaria dell'educatore professionale di cui al citato d. m. n. 520/1998, con quella prevista dalla classe L-19 delle lauree in Scienze dell'Educazione e della Formazione. Tuttavia, detta confusione è stata determinata dal fatto che le classi di laurea in questione fanno riferimento a due figure apparentemente simili nella denominazione, per l'appunto gli educatori, sebbene le stesse correttamente differenzino gli ambiti di conoscenze teoriche e competenze operative delle due professioni ed i relativi sbocchi professionali: infatti, mentre la classe L-19 prevede per il laureato in scienze della educazione e della formazione sbocchi occupazionali nell'ambito di strutture operanti negli ambiti dei servizi sociali, dell'animazione socio-culturale ed educativa, nelle imprese e nella P.A., la classe L/SNT2 forma operatori sanitari, ed il titolo che si consegue al termine del relativo percorso formativo è anche abilitante all'esercizio della relativa professione sanitaria.

Inoltre, le lauree delle professioni sanitarie sono ad accesso programmato a livello nazionale, sono istituite presso le strutture universitarie sedi di Medicina e rilasciano un titolo abilitante, spendibile per l'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, mentre i corsi della classe di laurea L-19 hanno una caratterizzazione prevalentemente pedagogico - sociale o di sostegno in strutture o situazioni nelle quali non è necessaria la presenza di una figura sanitaria.

Al fine di superare le suddette criticità e fare chiarezza relativamente agli ambiti di competenza delle due figure professionali, con l'articolo 1, commi 594, 595 e 596 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, legge di bilancio per il 2018, è stato operato anche a livello normativo un distinguo netto tra i profili di educatore professionale socio-pedagogico e di educatore professionale socio-sanitario, ai quali corrispondono due formazioni diverse, con differenti sbocchi occupazionali (rispettivamente nel sociale per l'educatore professionale socio - pedagogico, e nel sanitario e socio - sanitario per l'educatore socio - sanitario).

L'articolo 1, comma 517, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, legge di bilancio per il 2019, ha

modificato il comma 594 della citata legge 27 dicembre 2017, n. 205, stabilendo che l'educatore socio-pedagogico può operare, al fine di conseguire risparmi di spesa, anche nei servizi e nei presidi socio-sanitari e della salute, limitatamente agli aspetti socio-educativi.

Pertanto, proprio nell'ottica di una chiara definizione delle competenze ascrivibili alle due figure professionali in esame, evitando ogni forma di abusivismo professionale, deve essere interpretato l'art. 33-*bis* del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, che prevede l'emanazione di un decreto da parte del Ministro della salute d'intesa con il Ministero dell'Università e della ricerca; esso infatti ha lo scopo di precisare le funzioni che l'educatore socio-pedagogico potrà espletare nei presidi socio-sanitari e della salute, al fine di evitare sovrapposizioni con le competenze attribuite alle professioni sanitarie, ed in particolare all'educatore socio - sanitario.

Il Ministero della salute sta lavorando con tutte le categorie interessate per la definizione della bozza di decreto, su cui dovrà essere acquisita l'intesa del MUR.

Alla luce delle considerazioni esposte, il Ministero della salute non ravvisa l'opportunità di assumere specifiche iniziative per rivedere la normativa di cui all'art. 33-*bis* del decreto legge n. 104/2020.

La senatrice [GALLONE](#) (*FIBP-UDC*) si dichiara soddisfatta. Rimarca che è necessaria una regolamentazione precisa per evitare sovrapposizioni tra figure professionali diverse, fenomeni di abusivismo e problemi gestionali.

La [PRESIDENTE](#), ringraziato il rappresentante del Governo, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

IN SEDE REDIGENTE

(1715) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

(179) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

(1127) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

(1634) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

(2153) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

(2231) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito della discussione congiunta e rinvio. Istituzione di un comitato ristretto)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 28 luglio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che nella giornata di martedì 3 agosto sono state svolte quasi tutte le audizioni segnalate come prioritarie dai Gruppi: resta da sentire solo la FNOMCEO, che ha chiesto un rinvio della propria audizione. Avverte che quest'ultima sarà calendarizzata alla ripresa dei lavori e che, contestualmente, saranno inviate le richieste di contributo scritto agli altri esperti a suo tempo indicati dai Gruppi.

Rammenta, inoltre, che nella seduta dello scorso 28 luglio si è convenuto di congiungere la discussione dei disegni di legge nn. 2153, 2231, 179 e 1127 al seguito della discussione congiunta dei disegni di legge 1715 e 1634.

Dà quindi la parola al relatore Marinello, perché sottoponga alla Commissione le sue proposte per il seguito della trattazione, con particolare riferimento alla questione del testo base. Rinnova la proposta

di dare per illustrati i testi da ultimo abbinati, per ragioni di economia procedurale.

Conviene la Commissione.

Il relatore [MARINELLO](#) (M5S) propone di istituire un Comitato ristretto per l'elaborazione di uno schema di testo unificato.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) manifesta apprezzamento per la proposta avanzata del Relatore, nel presupposto che essa preluda alla sostituzione del testo base a suo tempo adottato.

Poiché non vi sono obiezioni, la [PRESIDENTE](#) dà atto che s'intende accolta la proposta del relatore di istituire un Comitato ristretto per la predisposizione di uno schema di testo unificato, che possa eventualmente essere adottato dalla Commissione quale rielaborazione dell'attuale testo base.

Invita i Gruppi a comunicare quanto prima alla Presidenza della Commissione il nominativo del proprio rappresentante in seno al Comitato, in maniera tale che l'organo appena istituito sia pienamente operativo alla ripresa dei lavori.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(2255) Deputato Paolo RUSSO. - Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

(146) DE POLI ed altri. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie

(227) Paola BINETTI e DE POLI. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 21 luglio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che, con l'audizione di AIFA, si è concluso il ciclo di audizioni informative a suo tempo deliberato.

Quindi, nessuno chiedendo di intervenire, propone che la discussione generale e la successiva fissazione del termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti abbiano luogo alla ripresa dei lavori, nella prima seduta utile.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 9.

1.3.2.1.10. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 211 (ant.) del 09/09/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 211
GIOVEDÌ 9 SETTEMBRE 2021

Presidenza della Vice Presidente
[BOLDRINI](#)

Orario: dalle ore 8,30 alle ore 9,15

AUDIZIONE INFORMALE, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI DI LEGGE NN. 1715 E CONNESSI (RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA E DISCIPLINA DELL'AUTISTA SOCCORRITORE)

[VIDEO](#)

1.3.2.1.11. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 1 (ant.) del 16/09/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)

Comitato ristretto per l'esame del disegno di legge n. 1715 e connessi

Riunione n. 1

GIOVEDÌ 16 SETTEMBRE 2021

Relatore: [MARINELLO \(M5S\)](#)

Orario: dalle ore 8,40 alle ore 9,30

[\(1715\)](#) *Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"*

[\(179\)](#) *Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore*

[\(1127\)](#) *MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore*

[\(1634\)](#) *Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»*

[\(2153\)](#) *Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria*

[\(2231\)](#) *Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero*

(Esame congiunto e rinvio)

1.3.2.1.12. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 2 (ant.) del 28/10/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)

Comitato ristretto per l'esame del disegno di legge n. 1715 e connessi

Riunione n. 2

GIOVEDÌ 28 OTTOBRE 2021

Relatore: [MARINELLO \(M5S\)](#)

Orario: dalle 8,30 alle 9,15

[\(1715\)](#) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

[\(179\)](#) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

[\(1127\)](#) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

[\(1634\)](#) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

[\(2153\)](#) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

[\(2231\)](#) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

1.3.2.1.13. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 292 (pom.) dell'08/03/2022

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 8 MARZO 2022
292^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,15.

IN SEDE CONSULTIVA

(2469) Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021
(Parere alla 10a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 3 marzo.

La **PRESIDENTE** ricorda che è in corso la discussione generale, nella quale sono intervenute le senatrici Binetti e Pirro.

La senatrice **CANTU'** (*L-SP-PSd'Az*) ritiene che il disegno di legge in esame sia l'occasione per attualizzare e implementare i controlli previsti dal decreto legislativo 502 del 1992, in tema di prestazioni sanitarie erogabili in forma sia diretta che indiretta, anche in aderenza alla visione del disegno di legge del Governo in materia di riordino degli IRCCS, secondo le direttrici del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Reputa opportuno, a tal riguardo, che si apporti qualche modifica all'articolo 13, con un richiamo esplicito alle previsioni di cui all'art. 21 del dl sostegni-*ter*, per affrontare e risolvere in modo efficace l'annoso problema della valutazione e dei controlli, nonché della tracciabilità degli impieghi e degli esiti in punto di appropriatezza. Ciò, nelle sue intenzioni, quale preludio a nuove regole di ingaggio degli erogatori, prevedenti fra l'altro come requisito dell'accreditamento un sistema informatico interoperabile in linea con l'Ecosistema Dati Sanitari, in grado di alimentare in tempo reale i flussi informativi delle attività rese mediante Fascicolo Sanitario Elettronico.

Ribadisce la necessità di rafforzare il sistema di valutazione, monitoraggio e controllo, tuttora inefficace, in linea con la consapevolezza recentemente emersa che i controlli sono una parte determinante per la riuscita del rilancio del Paese: grazie anche alla legge per il mercato e la concorrenza, a suo modo di vedere, è possibile concretizzare il percorso auspicato.

Osserva che la nota carenza di meccanismi stringenti di controllo e verifica concerne anche il segmento delle prestazioni ed interventi previsti dalla cosiddetta Sanità integrativa, sulla quale reputa sia giunto il momento di fare una valutazione riguardo agli effetti degli sgravi fiscali concessi: paventa

che questi ultimi siano stati per valore superiori a quanto effettivamente reso da chi offre tali prestazioni. Ipotizza quindi un comma addizionale all'articolo 13, dedicato all'implementazione di controlli anche sui fondi e sui pacchetti offerti. Ritiene che allo stato non vi sia evidenza, né valutazione istituzionale in termini di analisi costi benefici, che legittimi la spesa in materia e rileva che sarebbe allora più opportuno rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale, per assicurare con maggiore economicità, tempestività, qualità e appropriatezza quello di cui c'è effettivamente bisogno per il cittadino, marginalizzando i fenomeni distorsivi e i relativi costi impropri.

La [PRESIDENTE](#), non essendovi altri iscritti a parlare, dichiara conclusa la discussione generale.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

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

La seduta, sospesa alle ore 15,25, riprende alle ore 15,45.

IN SEDE REDIGENTE

(1715) Maria Domenica CASTELLONE ed altri. - Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale "118"

(179) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

(1127) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

(1634) Laura STABILE ed altri. - Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale «118»

(2153) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza sanitaria

(2231) Paola BOLDRINI. - Riordino del sistema di emergenza e urgenza preospedaliero e ospedaliero

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1715, 1634, 2153 e 2231, disgiunzione dei disegni di legge nn. 179 e 1127 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 5 agosto 2021.

Il relatore [MARINELLO](#) (M5S) riferisce sui lavori sin qui svolti in sede di Comitato ristretto, propedeutici all'elaborazione di un testo unificato. Dato che, allo stato, ancora non si è pervenuti ad un esito condiviso, propone di disgiungere il prosieguo della discussione dei disegni di legge n. 179 e 1127, in materia di autista soccorritore, da quello dei disegni di legge n. 1715, 1634, 2231 e 2153, in tema di riforma complessiva del servizio "118". Si sofferma, in conclusione, sulla dedizione che il personale dei mezzi di soccorso ha dimostrato durante la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19, augurandosi una rapida conclusione dell'*iter* dei disegni di legge n. 179 e 1127.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) si dichiara d'accordo, a nome del suo Gruppo, sulla proposta testé formulata, pur sottolineando come la tematica trattata dai disegni di legge n. 179 e 1127 debba essere ulteriormente approfondita, tenendo conto delle diverse posizioni sull'argomento e dell'opportunità di considerare sia il ruolo del soccorritore sia quello del soccorritore autista.

La [PRESIDENTE](#), non essendovi altre richieste d'intervento, prende atto chela Commissione concorda sulla proposta del relatore. Avverte che, per effetto della disgiunzione sui cui si è appena

convenuto, i disegni di legge di più ampia portata sulla riforma del sistema di emergenza-urgenza continueranno a essere trattati congiuntamente, in sede di Comitato ristretto, mentre i disegni di legge specifici sull'autista soccorritore avranno un autonomo seguito del loro *iter* congiunto in sede redigente. Saggiunge che a questi ultimi si dovrà valutare di abbinare un ulteriore disegno di legge a prima firma della senatrice Cantù, recentemente assegnato alla Commissione e concernente le figure del soccorritore e del soccorritore autista.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 15,55.

