

BOZZE DI STAMPA

4 maggio 2021

N. 1

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVIII LEGISLATURA

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30, recante misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena (2191)

EMENDAMENTI (al testo del decreto-legge)

Art. 1

1.1

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Al comma 1, premettere il seguente comma:

«01. All'articolo 2, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) ai commi 1 e 2, le parole "decreti del Presidente del Consiglio dei ministri", ovunque presenti, sono sostituite dalle seguenti: "leggi o atti aventi forza di legge";

b) al comma 1, secondo periodo, le parole: "I decreti" sono sostituite con le seguenti parole: "I provvedimenti".».

1.2

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Al comma 2 aggiungere, in fine, le seguenti parole: «, e risultanti dall'effettuazione di un congruo numero di test per l'individuazione dell'infezione da Covid-19.».

1.3

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 2 inserire il seguente:

«2-bis. I Presidenti delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, in ragione dei dati epidemiologici in loro possesso, possono decidere in merito all'individuazione delle diverse zone di rischio su base provinciale, al fine di evitare l'inutile aggravamento della crisi economica in territori in cui non si registra una situazione sanitaria preoccupante, disponendo l'istituzione di zone gialle o bianche nelle province nelle quali si registrano i corrispondenti casi di contagio.»

1.4

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-bis. Sull'intero territorio nazionale, ad eccezione della zona rossa, è consentita, purché sia garantito il rispetto delle vigenti linee guida in materia di prevenzione sanitaria, l'attività di palestre, piscine, centri natatori e scuole di danza destinate alla pratica sportiva dilettantistica.»

1.5

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-bis. Sull'intero territorio nazionale sono consentite, purché sia garantito il rispetto delle vigenti linee guida in materia di prevenzione sanitaria,

le attività dei servizi di ristorazione, fra cui bar, pub, ristoranti, gelaterie, pasticcerie.».

1.6

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 5, inserire il seguente:

«5-bis. A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, nelle "zone gialle" come individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 16-septies, del decreto-legge n. 33 del 2020, l'orario di inizio del coprifuoco è spostato alle ore 24; fino al medesimo orario possono, altresì, rimanere aperti al pubblico i servizi di ristorazione.»

1.7

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 6, inserire i seguenti commi:

«6-bis. Le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado devono garantire l'integrazione e l'inclusione degli studenti con disabilità, anche qualora sia prevista l'adozione di forme flessibili di organizzazione dell'attività didattica, l'incremento del ricorso alla didattica digitale integrata, complementare alla didattica in presenza.

6-ter. Ai fini di cui al comma 6-bis, è, in ogni caso, vietata l'istituzione di classi differenziali, anche in forma sperimentale.».

1.8

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 7, inserire il seguente:

«7-bis. Entro tre giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto il Consiglio dei ministri delibera la data di riapertura, non prorogabile, delle attività economiche soggette a restrizioni, nel rispetto dei protocolli di sicurezza.».

1.9

LEZZI

Dopo il comma 7-quinquies, aggiungere il seguente:

« 7-sexies. Al decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 15 è abrogato.

b) all'articolo 16, il comma 2 è abrogato.».

ORDINI DEL GIORNO

G1.1

AUGUSSORI, RICCARDI, CALDEROLI, GRASSI

Il Senato,

in sede di esame del provvedimento recante Misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena,

premesso che:

all'articolo 1, viene confermato il limite orario agli spostamenti, fissato per le ore 22.00, come già previsto dal DPCM del 3 marzo 2021, la cui applicazione è confermata fino al 31 luglio 2021 dall'articolo 1 del decreto legge n. 52 del 2021;

la scelta di mantenere il coprifuoco alle 22 è stato - ed è tuttora - oggetto di acceso confronto all'interno della maggioranza di Governo e le interpretazioni sulla recente circolare del Ministero dell'Interno del 24 aprile 2021, esplicativa dell'ultimo provvedimento in tema di riaperture, hanno creato confusione, lasciando intendere un'eventuale possibilità che si possa stare seduti nelle attività di ristorazione fino alle 22, per poi far rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza;

attualmente, al già adottato sistema delle fasce si è aggiunto il criterio della precedenza per le attività all'aperto, a partire dalla ristorazione con tavoli all'esterno a pranzo e a cena: una decisione che si fonda su un «rischio ragionato», basata sul parere del comitato tecnico-scientifico, che ritiene minore l'incidenza del rischio di contagio all'aria aperta;

impegna il Governo:

sulla base dell'andamento del quadro epidemiologico oltre che dell'avanzamento della campagna vaccinale, a valutare la possibilità di eliminare completamente il coprifuoco nelle regioni cosiddette gialle o bianche, a partire dalle prossime settimane.

G1.2

AUGUSSORI, PIROVANO, RICCARDI, GRASSI, CALDEROLI

Il Senato,

in sede di esame del provvedimento recante Misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena,

premesso che:

all'articolo 1, vengono confermate le misure limitative sia in riferimento agli spostamenti che alle aperture delle attività commerciali e di ristorazione;

alla crisi sanitaria che da più di un anno sta attraversando il nostro Paese si è purtroppo affiancata una gravissima crisi economica, che avrà inevitabili e drammatiche ripercussioni nei prossimi anni;

è importante, in questo momento riuscire ad agire con misure basate sull'equilibrio, la ragionevolezza e la proporzionalità, tenendo conto della curva epidemiologica e dell'avanzamento del piano vaccinale, mostrando prudenza ma anche coraggio;

impegna il governo:

sulla base dell'andamento del quadro epidemiologico oltre che dell'avanzamento della campagna vaccinale, a valutare la possibilità di procedere alle riaperture delle attività commerciali e delle attività di ristorazione, anche all'interno, nelle regioni cosiddette gialle o bianche, a partire dalle prossime settimane.

G1.3

VITALI

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30, recante misure

urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena,

premessi che:

i commi da *7-bis* a *7-quinquies* dell'articolo 1, introdotti durante l'esame presso la Camera dei deputati, prevedono alcune misure specifiche relative al nuovo ospedale e centro di ricerca medica applicata "Mater Olbia". Le misure sono volte anche a garantire l'operatività di tale struttura e ad autorizzare rapporti finanziari in deroga con la Regione Sardegna rispetto alla vigente disciplina in materia di acquisto delle prestazioni sanitarie;

in particolare, il comma *7-bis* dispone che nell'ambito delle ulteriori misure per contenere e contrastare l'emergenza epidemiologica da Covid-19, per la Regione Sardegna non si deve tenere conto dei posti letto accreditati per la struttura privata *11* "Mater Olbia", nel periodo 2021-2026, ai fini del rispetto dei parametri del numero dei posti letto ogni 1000 abitanti¹², per consentire l'operatività di tale nuovo ospedale e centro di ricerca medica applicata; il comma *7-ter*, in considerazione di quanto previsto dal precedente comma *7-bis*, dispone la proroga al 31 dicembre 2026 - già disposta dal 2021 al 2023 dall'articolo 4 comma *8-bis* del D.L. 183 del 2020 (decreto proroga termini - L. 21 del 2021) - dell'autorizzazione della regione Sardegna a programmare gli acquisti di prestazioni sanitarie dell'ospedale "Mater Olbia", in deroga al tetto fissato per l'acquisto di tali prestazioni da soggetti privati di cui all'art. 15, comma 14, del medesimo decreto di spending review (DL. 95/2012);

il comma *7-quater* prevede inoltre che è consentito da parte della regione Sardegna, per un biennio, nelle more della piena operatività della struttura, il riconoscimento all'ospedale "Mater Olbia" dei costi di funzionamento, al netto dei ricavi ottenuti dalle prestazioni; occorrerebbe chiarire se si escludano nella loro totalità i ricavi ottenuti dalle prestazioni nonché il termine temporale di decorrenza del biennio in oggetto;

il riconoscimento dei costi di funzionamento è effettuato in deroga a quanto disposto dall'articolo *8-sexies* del D.Lgs. n. 502 del 1992, che disciplina il sistema di remunerazione delle prestazioni erogate, nell'ambito delle loro funzioni assistenziali, dalle strutture pubbliche (aziende sanitarie e ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, IRCCS pubblici), privati equiparati (IRCCS privati, ospedali classificati e presidi ospedalieri) e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano accordi o contratti;

come sottolineato dal servizio del bilancio del Senato, non vi sono informazioni sulla possibilità di coprire l'onere a carico del bilancio regionale senza generare tensioni su altre linee di finanziamento;

potrebbe quindi verificarsi una riduzione delle prestazioni ambulatoriali o di ricovero nell'isola a discapito delle altre strutture sanitarie accreditate,

impegna il Governo:

ad assicurare che le citate disposizioni non abbiano ricadute negative, in termini di minori risorse e numero, sulle prestazioni sanitarie erogate nell'intera isola fornite dalle altre strutture accreditate.

G1.4

FATTORI

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30, recante misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena,

premessi che:

- l'articolo 15 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 disciplina le "Disposizioni straordinarie per la produzione di mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale". Il comma 2 dello stesso articolo attribuiva all'Istituto Superiore di Sanità la funzione di validazione in deroga delle mascherine chirurgiche prodotte o importate per l'utilizzo a titolo oneroso o gratuito sul territorio nazionale;

- con l'entrata in vigore dell'art. 66-*bis* della Legge 17 luglio 2020, n. 77 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", che disciplina le "disposizioni in materia di semplificazioni dei procedimenti per l'importazione e la validazione di mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale", la validazione in deroga di maschere facciali ad uso medico importate è stata attribuita alle Regioni che individuano a tale scopo strutture competenti;

- il fine della norma era quello di assicurare il necessario fabbisogno di maschere facciali ad uso medico, anche alla luce del prolungarsi del periodo emergenziale e dell'estensione dell'obbligo del loro utilizzo, per l'importazione e l'immissione in commercio dei predetti prodotti;

- con l'art. 66-*bis* del decreto-legge n. 34 del 2020 (convertito dalla legge n. 77 del 2020) è stato istituito un Comitato Tecnico, presieduto da un rappresentante dell'Istituto, che ha definito dei criteri semplificati di valida-

zione che saranno applicati dalle Regioni per la valutazione delle domande, sempre in deroga, relative all'importazione ed immissione in commercio delle maschere facciali ad uso medico;

- i criteri semplificati di validazione, in deroga alle norme vigenti, dovevano e devono assicurare prestazioni e sicurezza idonei all'utilizzo dichiarato fino al termine dello stato di emergenza da COVID-19. I criteri riguardano esclusivamente le maschere facciali ad uso medico che rispondono ai requisiti definiti dalla norma tecnica UNI EN 14683:2019;

- l'ISS rimane comunque competente, ai sensi dell'articolo 15, comma 2, del decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020, modificato dalla legge n. 77 del 17 luglio 2020, per le attività di validazione in deroga di istanze presentate ai fini dell'autorizzazione alla produzione e successiva immissione in commercio di maschere facciali ad uso medico,

considerato che:

- Assosistema Confindustria, associazione che rappresenta, tra le altre, le aziende che producono e distribuiscono i dispositivi di protezione individuale (DPI), ha presentato il 28 aprile 2021 i risultati dell'analisi: "L'impatto del Covid-19 sull'import/export dei DPI nel 2020";

- dal rapporto emerge che tra le tipologie di DPI contro il Covid-19, quella per la protezione delle vie respiratorie (FFP2, FFP3 e mascherine chirurgiche), ha maggiormente risentito dell'impatto derivante dall'emergenza sanitaria ma è anche la tipologia di DPI che ha registrato un andamento anomalo del mercato, a seguito dei provvedimenti normativi;

- nel 2020 l'*import* di DPI per la protezione delle vie respiratorie ha registrato un +1424 per cento rispetto al 2019 per un valore di 3 miliardi e 178 milioni di euro (con la Cina come Paese dal quale abbiamo importato più prodotti con una percentuale di quasi il 90%), mentre l'*export* ha registrato un +111 per cento rispetto al 2019, per un valore di oltre 201 milioni di euro;

- l'Agenzia delle entrate ha stimato che nel primo quadrimestre del 2021 sono stati importate 770 milioni di mascherine FFP2 quando nel 2020 il totale è stato di 350 milioni, evidenziando un trend in fortissimo aumento;

- questo sistema in deroga oltre a mettere in difficoltà i produttori italiani costretti a imporre prezzi maggiori anche a causa di un più elevato numero di misure da adottare in quanto non usufruiscono della deroga, sono anche un rischio per la salute umana vista la mancanza di certezza sull'efficacia dei dpi importati in deroga,

considerato inoltre che

- il recente decreto-legge del 22 aprile 2021 n. 52 proroga, addirittura, l'immissione in deroga di DPI nel nostro Paese al 31 luglio 2021 quando Germania, Spagna, Regno Unito e Belgio non si avvalgono più dell'immissione in deroga e altri Paesi stanno seguendo la stessa linea;

- i produttori italiani sono pronti a fare fronte ai fabbisogni interni motivo per cui la *ratio* alla base della deroga non ha più motivo di esistere;
- a oggi, però, nessuno ha diramato dati certificati sul reale fabbisogno in Italia di DPI,

impegna il Governo a:

a) abrogare l'articolo 11 del DL del 22 aprile 2021 n. 52 in cui si prorogano i termini della deroga e ripristinare lo status quo autorizzativo precedente alla deroga impedendo l'importazione di qualsiasi dispositivo di protezione che non abbia i requisiti per l'apposizione del marchio CE.

b) dare mandato al Comitato Tecnico Scientifico di raccogliere i dati dalle Regioni e redigere un rapporto che indichi il fabbisogno di DPI nel nostro Paese.

EMENDAMENTI

1.0.1

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 1-bis.

(Misure per il contrasto del contagio e per la sostenibilità economica delle imprese culturali)

1. Allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus Covid-19 e garantire la sostenibilità economica delle imprese dello spettacolo:

a) è garantita l'apertura al pubblico, secondo le linee guida stilate dal Ministero della Salute e nelle Regioni a più basso rischio epidemiologico, delle sale da spettacolo;

b) è garantito lo svolgimento all'aperto, nei limiti consentiti dalle linee guida stilate dal Ministero della Salute e nelle Regioni a più basso rischio epidemiologico, di concerti e spettacoli;

c) è garantito lo svolgimento di attività sportiva, inclusa l'attività della danza, nei limiti consentiti dalle linee guida del Ministero della Salute e nelle Regioni a più basso rischio epidemiologico.».

Art. 1-bis

1-bis.0.1

BRIZIARELLI, AUGUSSORI, FREGOLENT, RICCARDI, CALDEROLI, PIROVANO,
GRASSI

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 1-ter.

(Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali, socioassistenziali, sociosanitarie e hospice)

1. Dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è ripristinato l'accesso, su tutto il territorio nazionale, di parenti e visitatori muniti della certificazione verde COVID-19 prevista ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non. Il Ministro della salute, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, emana una circolare con cui sono adottate le linee guida, indicanti le modalità di visita a cui le direzioni sanitarie delle strutture devono attenersi, adottando le misure necessarie a prevenire il contagio da COVID-19.».

Art. 2

2.1

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Al comma 2, primo periodo, sostituire la parola: «quattordici» con la seguente: «sedici».

Conseguentemente, sopprimere il comma 5; al comma 6, in fine, sostituire le parole «ai commi 1,2,3 e 5» con le seguenti: «ai commi 1,2 e 3»; al comma 7 sostituire, ovunque ricorrano le parole «commi 2 e 5» con le seguenti: «comma 2», e, in fine, sostituire le parole «commi da 1 a 6» con le seguenti: «commi da 1 a 4 e 6».

2.2

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Al comma 2, primo periodo, sopprimere le parole: «alternativamente all'altro genitore».

2.3

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Al comma 6, primo periodo, sopprimere le parole: «del settore sanitario, pubblico e privato accreditato, appartenenti alle categorie degli esercenti le professioni sanitarie, degli esercenti la professione di assistente sociale e degli operatori sociosanitari.».

2.4

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 8, inserire i seguenti commi:

«8-bis. A un solo genitore per ciascun figlio minore di anni 18 a carico è riconosciuto un voucher, nel limite di spesa complessivo di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022, per la riduzione dell'impatto psicologico dell'epidemia, favorendo l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione.

8-ter. Con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, da emanarsi entro 30 giorni dall'approvazione della legge di conversione del presente decreto-legge, sono disciplinate le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al comma precedente.».

2.5

LA RUSSA, TOTARO, DRAGO, MAFFONI

Dopo il comma 12, aggiungere il seguente:

«12-bis. Ai minori di anni 16 è garantito un contributo pari a 300 euro mensile da spendere per attività sportiva o supporto psicologico.».

ORDINE DEL GIORNO

G2.1

IANNONE

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30, recante misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena,

premesso che:

il decreto-legge in esame prevede la possibilità di richiedere congedi parentali e *bonus baby sitter* per i genitori che hanno figli in didattica a distanza;

il sussidio *bonus baby sitter* in particolare spetta solo a determinate categorie di lavoratori: i dipendenti privati, gli iscritti alla Gestione Separata, i lavoratori autonomi. Il contributo viene riconosciuto, inoltre, ai dipendenti del settore sanitario, pubblico e privato accreditato, e al personale del comparto sicurezza, difesa e soccorso pubblico impiegato per le esigenze connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

restano esclusi da questo sussidio tutto il personale del comparto scuola (docenti e personale ATA) e in particolar modo i collaboratori scolastici che, garantendo l'apertura delle scuole nelle zone rosse (già durante il primo *lockdown*) hanno rischiato e rischiano la propria salute e quella dei propri familiari; questi operatori scolastici, costretti a causa della carenza di personale, anche in conseguenza delle rinunce di colleghi dettate dall'emergenza sanitaria, a svolgere molte ore di lavoro straordinario, hanno sottratto e ancora oggi, continuano a togliere tempo e cure, ai propri figli;

pertanto, la maggior parte di questi lavoratori, sono costretti a ricorrere ovviamente a proprie spese, all'affidamento dei figli a terze persone. Il tutto, quindi, comporta una spesa extra che va ad incidere su uno stipendio modesto, ovvero circa, mille euro; così come non si può escludere i docenti di sostegno che, anche nella cosiddetta zona rossa, devono svolgere attività in presenza in ragione di mantenere una relazione educativa che realizzi l'effettiva inclusione scolastica degli alunni con disabilità e con bisogni educativi speciali,

impegna il Governo

ad adottare, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, ulteriori iniziative normative volte ad estendere il beneficio del sussidio *bonus baby sitter* al personale scolastico della scuola pubblica e paritaria, al fine di assicurare a questi genitori che, con grandi sacrifici e a volte anche trascurando

figli e famiglie, hanno garantito e continuano a garantire il buon andamento dell'istituzione scolastica.

EMENDAMENTO

Art. 2-bis

2-bis.1

LONARDO

All'articolo, premettere il seguente:

«Art. 02-bis.

(Norme in materia di carichi affidati all'agente della riscossione)

1. Sino al termine dell'emergenza connessa alla pandemia da Covid-19, per i contribuenti decaduti dai benefici connessi alle procedure di Definizione Agevolata di "Rottamazione-ter", "Saldo e stralcio" e "Definizione agevolata delle risorse UE" per mancato, insufficiente o tardivo versamento delle rate scadute negli anni 2020 e 2021, l'applicazione di sanzioni o interessi di mora applicati dall'Agenzia delle entrate in relazione agli importi dovuti non può essere superiore al 5% dell'importo stesso.».

ORDINI DEL GIORNO

G2-bis.1

IANNONE

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30, recante misure

urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena,

premessi che:

la sentenza della Corte Costituzionale n. del 28 gennaio 2020 ha dichiarato costituzionalmente illegittima l'applicazione dell'articolo 2, comma 6, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito nella legge 6 agosto 2015, n. 125, in forza del quale la quota accantonata nel risultato di amministrazione a seguito dell'acquisizione di liquidità ex DL 35 del 2001, poteva essere utilizzata ai fini dell'accantonamento al FCDE nel risultato di amministrazione, l'importo del FAL accantonato è aumentato rispetto alla quota accantonata al 31 dicembre 2018, contribuendo al peggioramento del disavanzo di amministrazione al 31 dicembre 2019;

l'incremento dell'accantonamento al FAL nel rendiconto 2019 rispetto a quello dell'esercizio precedente è ripianato annualmente, a decorrere dall'anno 2020, per un importo pari all'ammontare dell'anticipazione rimborsata nel corso dell'esercizio (articolo 39-ter, comma 2, del decreto-legge 31 dicembre 2019 n. 162 - milleproroghe 2020);

a decorrere dal bilancio di previsione 2020, è stato iscritto un ulteriore disavanzo di importo pari all'ammontare dell'anticipazione da rimborsare nel corso dell'esercizio;

l'articolo 39-ter, comma 2, del decreto legge 31 dicembre 2019 n.162 (legge n.8 del 28 febbraio 2020) ha previsto che il FAL accantonato nel risultato di amministrazione al 31 dicembre 2019 sia annualmente utilizzato e che annualmente venga iscritto nell'entrata dell'esercizio 2020 come utilizzo del risultato di amministrazione e nella spesa come fondo anticipazione di liquidità al titolo 4° riguardante il rimborso dei prestiti, al netto del rimborso della quota capitale da rimborsare nell'esercizio, e così fino all'estinzione delle anticipazioni;

nel bilancio di previsione 2020-2022, tra le entrate dell'esercizio finanziario 2020 è stato iscritto l'intero importo del FAL, risultante dal rendiconto di gestione 2019 e nella spesa, al titolo 4°, è stato iscritto un fondo anticipazione di liquidità riguardante il rimborso dell'anticipazioni di liquidità, al netto del rimborso della quota capitale da rimborsare nell'esercizio;

tale modalità di contabilizzazione è stata prevista solo nel primo esercizio finanziario del bilancio di previsione 2020-2022, in quanto il decreto ministeriale del 7 settembre 2020, che modifica i principi contabili, non era stato ancora pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale. La modifica del principio contabile consentirà l'iscrizione anche negli esercizi successivi al primo dell'avanzo accantonato nel rispetto della disciplina del FAL di cui all'articolo 39-ter della soprarichiamata disposizione normativa per il finanziamento del rimborso della quota capitale delle anticipazioni;

la sentenza della Corte Costituzionale n.80 del 2021, ha dichiarato incostituzionali i commi 2 e 3 dell'articolo 39-ter del dl 162/2019. In particolare viene soppressa la norma sul ripiano dell'ulteriore disavanzo risultante al

31 dicembre 2019 per l'incremento dell'accantonamento al FAL, precedentemente utilizzato per il FCDE e la norma che ha consentito di utilizzare il FAL per rimborsare la quota capitale delle anticipazioni di liquidità;

dal 2021, oltre alla necessità di reperire entrate improprie per la copertura della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, in quanto non più utilizzabile l'avanzo accantonato (come previsto dall'articolo 39-ter comma 3), il problema più importante è rappresentato dal fatto che il maggiore disavanzo di amministrazione derivante dal FAL, non è più ripianabile secondo le modalità di cui all'articolo 39-ter comma 2, ma con le tempistiche e modalità ordinarie previste all'articolo 188 del TUEL,

impegna il Governo:

a valutare la possibilità di intervenire per mettere in condizioni gli Enti in difficoltà di approvare i bilanci di previsione per l'anno 2021.

G2-bis.2

LONARDO

IL Senato,

in sede di discussione del disegno di legge di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30, recante misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena,

premesso che:

- l'Agenzia delle Entrate sta applicando sanzioni ed interessi che sommate, giungono a soglie di assoluto allarme ben oltre il 100% dell'imposta, a seguito della decadenza dal beneficio del pagamento rateale;

- tanti contribuenti - persone fisiche e giuridiche - non sono riusciti ad ottemperare ai pagamenti rateali verso il fisco a causa della pandemia, che ha determinato pesanti cali di liquidità per i scarsi consumi e l'attivazione della cassa integrazione Covid;

- l'Agenzia delle Entrate non può richiedere l'intero pagamento del debito, aggravato da interessi e sanzioni, entro 60 giorni a seguito di un ritardato pagamento di una sola rata e la conseguenziale decadenza dal beneficio del termine, data la straordinarietà della crisi economica che vive il Paese;

- interessi e sanzioni, praticati dall'Agenzia delle Entrate, indeboliscono fortemente la battaglia che lo Stato conduce nella lotta all'usura, ritenuto un fenomeno da contrastare, con forza, proprio in questo momento di grave recessione economica;

impegna il Governo

a vigilare attentamente sull'applicazione del tasso di interesse e le sanzioni applicate dall'Agenzia delle Entrate, nonché a prevedere nei successivi provvedimenti normativi e finanziari connessi all'emergenza Covid-19 interventi volti a determinare una più equa condizione di pagamento per coloro che sono decaduti dal beneficio della rateizzazione, della definizione agevolata o della rottamazione.

EMENDAMENTO

2-bis.0.1

CIRIANI, ZAFFINI, LA RUSSA, TOTARO

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 2-ter.

(Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale anche in riferimento alla gestione dell'epidemia da virus SARS-Cov-2)

1. È istituita, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, per la durata della XVIII legislatura, una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sui disavanzi sanitari regionali e sulla erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di seguito denominata «Commissione», anche in riferimento alla gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2 e all'utilizzo delle risorse pubbliche ad essa destinate.

2. La Commissione indaga, altresì, sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale, in particolare in relazione all'efficacia dei sistemi di monitoraggio e controllo, che hanno inciso sull'appropriatezza e sull'adeguatezza delle prestazioni sanitarie erogate, anche in riferimento agli eventi sanitari avversi occorsi nelle strutture pubbliche e private, di ricovero o di assistenza *extraospedaliera* e territoriale, nonché agli interventi di sanità pubblica nel settore della prevenzione e alla continuità delle cure.

3. La Commissione verifica, altresì, la coerenza tra le attività di pianificazione e programmazione e le risposte attuate, rispetto ai bisogni di salute espressi dalla popolazione, e indaga sui fattori che hanno determinato l'inefficiente gestione delle risorse, con particolare riguardo alle regioni interessate dal decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla

legge 17 maggio 2007, n. 64, appurando le cause della formazione di disavanzi non sanabili autonomamente dalle regioni medesime.

4. La Commissione acquisisce, in collaborazione con le regioni, con le province autonome e con le amministrazioni pubbliche, la documentazione prodotta o raccolta dalle precedenti commissioni d'inchiesta in materia sanitaria, ivi incluso quanto di competenza della attuale Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali, anche straniere, e di quelle di precedenti legislature, nonché ogni ulteriore elemento utile ad indagare aspetti quali:

a) l'efficacia e l'omogeneità sul territorio nazionale, tra le diverse regioni o aziende sanitarie, dei percorsi di accesso, accoglienza e umanizzazione delle cure, delle attività di tutela della *privacy* e gestione del consenso informato; la qualità e l'efficienza dei trattamenti e dei metodi di valutazione degli esiti;

b) l'accesso agli interventi di prevenzione primaria e secondaria, con particolare riferimento alla sorveglianza epidemiologica, alle vaccinazioni e agli *screening* di popolazione, e il relativo monitoraggio;

c) la gestione delle liste di attesa relative alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e lo stato di implementazione delle misure per la riduzione dei tempi di accesso, in conformità con il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNLGA) e ai piani e programmi regionali;

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

e) l'effettiva applicazione ed efficacia dei controlli sulle strutture sanitarie pubbliche e private, con particolare riferimento alla complementarietà dell'offerta assistenziale e al sistema di accreditamento;

f) lo stato di attuazione e i risultati dell'introduzione del numero unico di emergenza 112; l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza ospedaliero e l'applicazione delle relative linee di indirizzo;

g) lo stato di attuazione del Piano nazionale della cronicità;

h) la distribuzione, a livello regionale o sovra-regionale, dei centri di riferimento per la cura delle patologie croniche e oncologiche, con attenzione alle eventuali criticità o alla carenza di risposte omogenee nel territorio nazionale evidenziate durante l'emergenza da COVID-19, anche in relazione alla continuità delle cure;

i) lo stato di attuazione, organizzazione e reale funzionamento, nell'ambito dell'assistenza sanitaria locale, del distretto socio-sanitario, di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con riferimento anche all'integrazione socio-sanitaria nella gestione delle fasi post acute;

l) lo stato di realizzazione delle reti di assistenza sanitaria territoriale e domiciliare, anche sotto il profilo della continuità assistenziale e quale strumento di riduzione dei ricoveri impropri, con particolare riguardo alle misure di prevenzione e del contagio, diagnosi precoce e trattamento adottate per far fronte alla pandemia da virus SARS-CoV-2;

m) lo stato di implementazione delle cure intermedie;

n) lo stato dell'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito della medicina convenzionata e della continuità assistenziale, nonché la presenza dei relativi sistemi di monitoraggio; le dotazioni strutturali e i livelli di sicurezza delle strutture adibite all'assistenza primaria e alla continuità assistenziale;

o) l'effettiva adozione dei piani regionali per la prevenzione delle malattie croniche e per la sorveglianza e la gestione di eventi epidemici, la loro efficacia e il relativo stato di attuazione;

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

q) le dinamiche della spesa sanitaria regionale ed eventuali ritardi, inerzie, sprechi, irregolarità o mancanza di trasparenza nell'espletamento dei doveri di ufficio e nelle procedure di acquisizione di beni e servizi e di conferimento degli incarichi, nonché la sostenibilità della programmazione economico-finanziaria, attraverso l'acquisizione di atti, documenti, informazioni ed elementi di natura politica, amministrativa, contabile, gestionale e operativa;

r) lo stato di attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, l'esistenza di eventuali opere incompiute, l'impiego dei finanziamenti disponibili, gli *iter* amministrativi e progettuali attuati per la realizzazione di nuove strutture ospedaliere, l'impiego delle risorse stanziato a tale scopo nonché l'appropriatezza del ricorso al finanziamento tramite *project financing*;

s) l'adeguamento delle strutture sanitarie ai criteri organizzativi e agli *standard* previsti dalla normativa nazionale per le prestazioni di assistenza sanitaria per pazienti acuti, in lungodegenza e di riabilitazione, con particolare riguardo alla dotazione complessiva di posti letto, nonché i criteri della ripartizione dei posti letto e delle prestazioni sanitarie tra servizio pubblico e privato convenzionato;

t) la spesa privata sostenuta dai cittadini nelle aziende sanitarie locali, nelle aziende ospedaliere, nelle strutture socio-sanitarie e sanitarie accreditate con il SSN, compresa la spesa relativa ai *ticket* e alle prestazioni a pagamento;

u) l'andamento della spesa farmaceutica in relazione ai tetti stabiliti dalla normativa vigente, l'efficacia e l'economicità dei sistemi di distribuzione diretta dei medicinali, nonché lo sviluppo e la diffusione dei farmaci equivalenti;

v) gli eventuali fenomeni distorsivi nella rete di fornitura di protesi e ausili, con particolare riguardo a sprechi, abusi e inefficienze, anche in relazione alla qualità delle prestazioni assistenziali erogate;

z) la frequenza e la distribuzione sul territorio degli avvenimenti avversi in ambito sanitario, incluse le infezioni ospedaliere e le relative perdite in termini di vite umane o di danni alla salute dei pazienti, nonché in termini di costi aggiuntivi, a carico del SSN, per l'assistenza e il risarcimento delle vittime; l'esistenza e l'adeguatezza di un sistema di identificazione, accertamento, rilevazione e raccolta dei relativi dati;

aa) le cause e i fattori concorrenti nel determinare gli eventi avversi in ambito sanitario, quali eventuali carenze nelle piante organiche o nella formazione del personale, inadeguatezza delle strutture o delle dotazioni tecnologiche o impiantistiche, insufficiente qualità gestionale od organizzativa, scostamento dei sistemi di monitoraggio, controllo e gestione del rischio clinico rispetto alle migliori pratiche, nonché il livello di investimento dedicato nelle strutture pubbliche e private alla riduzione degli eventi avversi.

5. La Commissione promuove confronti periodici tra i diversi sistemi organizzativi e gestionali delle regioni e delle province autonome; verifica lo stato di attuazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie sull'intero territorio nazionale, controllando l'offerta dei servizi ai cittadini in relazione agli standard delle condizioni di accesso alle cure, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza (LEA); valuta e individua eventuali elementi di criticità e i modelli virtuosi, anche al fine di favorirne la diffusione. L'attività di verifica della Commissione può riguardare, in particolare:

a) l'adeguatezza del sistema nazionale di classificazione e codifica delle diagnosi e lo stato di implementazione dello stesso;

b) i modelli più efficaci ed efficienti per la qualità del SSN;

c) la qualità degli adempimenti relativi alle linee guida, ai piani e alla normativa vigenti, tra i quali:

1) il rispetto degli obiettivi nazionali di ristrutturazione della rete ospedaliera per pazienti acuti e post acuti, in conformità agli standard previsti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, nonché degli obiettivi di soddisfazione della domanda di prestazioni assistenziali di riabilitazione e di lungodegenza, delle reti di assistenza territoriale e domiciliare e la corrispondente accessibilità ai servizi;

2) l'adeguatezza delle procedure regionali in materia di accreditamento delle strutture erogatrici di servizi sanitari e di stipula degli accordi

contrattuali; la conformità alla normativa nazionale e la rispondenza rispetto ai fabbisogni;

3) lo stato di implementazione degli interventi per la riduzione delle liste di attesa in conformità al Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNLGA) e ai piani e programmi regionali, anche in relazione all'organizzazione delle attività professionali extramoenia ed intramoenia, nel rispetto di quanto previsto dalla legge 3 agosto 2007, n. 120;

d) lo stato di attuazione dei dipartimenti di prevenzione e il loro coordinamento con l'attività delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA);

e) l'esistenza di adeguati strumenti di controllo della spesa farmaceutica e per la fornitura di protesi, ausili e dispositivi medici, nonché di promozione di un consumo appropriato degli stessi;

f) i risultati qualitativi e quantitativi nell'attività dei diversi centri per i trapianti, con particolare riguardo alla soglia minima annuale di attività per struttura prevista dalla legge 1° aprile 1999, n. 91; i criteri di attribuzione degli organi, in particolare di quelli salvavita e le eventuali restrizioni all'iscrizione nelle liste di attesa non motivate sul piano bioetico;

g) la qualità dell'assistenza alle persone, in condizioni di particolare e protratta fragilità, quali le persone disabili, con problematiche psichiatriche, con dipendenze patologiche da sostanze o senza sostanze, nonché ai rispettivi familiari;

h) la trasparenza dei processi e delle procedure, con particolare riferimento all'affidamento delle forniture di beni e servizi, nelle nomine della dirigenza e nel conferimento degli incarichi;

i) il regolare funzionamento dei comitati etici, anche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche dei medicinali;

l) la sostenibilità delle politiche relative al personale e la trasparenza delle procedure concorsuali e gestionali delle risorse umane;

m) la trasparenza e l'efficienza del sistema regionale di finanziamento delle strutture erogatrici di servizi sanitari e gli effetti delle attuali modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere;

n) il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori;

o) l'esistenza di adeguate procedure di monitoraggio e controllo della qualità, dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili, con particolare riferimento alle eventuali correlazioni con le cause della mobilità sanitaria intra ed *extra* regionale;

p) l'efficacia e l'incisività dei controlli e del coordinamento delle attività di monitoraggio della spesa e dell'erogazione dei LEA, ai vari livelli di responsabilità nazionale, regionale e locale;

q) le situazioni in cui, nel territorio nazionale, da parte di regioni, province autonome, aziende o strutture sanitarie e socio-sanitarie, emergano significativi scostamenti nella valutazione degli esiti, dagli standard qualitativi, di sicurezza, di prevenzione degli eventi avversi, delle liste di attesa, e,

più in generale, significative disomogeneità o compromissioni del diritto dei cittadini all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;

r) le cause di qualsiasi ordine, normativo, gestionale, operativo, strutturale, tecnologico, impiantistico, formativo e di aggiornamento del personale, per gli eventi avversi, le infezioni ospedaliere e in generale per gli errori e le carenze gravi a livello di attività di prevenzione, diagnostiche, terapeutiche e di assistenza, in ambito sanitario e socio-sanitario;

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

t) le eventuali responsabilità in ordine ad inerzie, inadempimenti, sprechi di risorse, violazioni di legge, nonché in ordine ai doveri di ufficio, che abbiano portato o concorso alla inadeguata erogazione dei LEA, alla inefficiente amministrazione delle risorse o alla fallimentare gestione delle misure di rientro della situazione debitoria contenute negli accordi tra lo Stato e le regioni in disavanzo;

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

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

z) la presenza di un programma di innovazione e digitalizzazione del SSN, attraverso l'implementazione dell'*informationcommunication technology*, della telemedicina e della teleassistenza, a supporto delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

aa) l'adeguatezza in termini di efficacia e di efficienza del vigente nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili, in relazione alla possibile adozione di un sistema, come quello vigente in altri Paesi, basato sulla previsione di una pluralità di modelli differenziati per qualità e prezzi.

6. La Commissione presenta una o più relazioni sulle risultanze emerse, fornisce indicazioni per eventuali iniziative legislative o atti di indirizzo rivolti al Governo idonei a contenere e risolvere le criticità riscontrate, o a migliorare l'efficienza, l'affidabilità e l'efficacia del Sistema sanitario nazionale (SSN) nell'ambito delle strutture sanitarie e amministrative pubbliche e private, con particolare riguardo:

a) ai correttivi da apportare ai percorsi formativi del personale sanitario, nell'ottica di favorire il trasferimento dei compiti e, più in generale, delle competenze e delle responsabilità, di rendere gli operatori sanitari competitivi a livello internazionale, nonché di valorizzare le competenze e sostenere una progressione di carriera basata sul merito, fatta salva l'esigenza di effettuare una programmazione del fabbisogno di risorse umane che sia rispondente al bisogno di salute espresso dalla popolazione e ai modelli organizzativi adottati;

b) alle modalità e agli strumenti di adeguamento organizzativo delle strutture sanitarie pubbliche e private con specifico riferimento allo sviluppo

delle reti clinico-assistenziali di cui al punto 8.1.1 dell'Allegato 1 al citato regolamento di cui al decreto del Ministro della salute n. 70 del 2015;

c) alla possibile evoluzione del sistema di monitoraggio e verifica degli obiettivi assegnati ai dirigenti delle aziende sanitarie; ai possibili miglioramenti nella qualità della formazione della dirigenza apicale in ambito sanitario; all'opportunità di rafforzare il ruolo e le funzioni dei direttori sanitari, dei responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e dei responsabili degli acquisti;

d) agli strumenti e ai metodi per incrementare la qualità e l'efficacia dei controlli sulle strutture pubbliche e private, nonché a ogni altro intervento correttivo utile al miglioramento della qualità e dei percorsi di umanizzazione delle cure;

e) alla digitalizzazione del SSN e alla ottimizzazione dei flussi informativi istituzionali esistenti, con l'implementazione di flussi informativi sanitari dedicati all'assistenza territoriale;

f) alla possibilità di definire con maggiore uniformità ed efficacia le procedure e i percorsi per l'acquisizione di beni e servizi, nonché per i piani di ammodernamento delle strutture;

g) alle modalità di potenziamento degli interventi di prevenzione e dell'approccio di comunità, nonché di riorganizzazione dell'assistenza territoriale;

h) al migliore utilizzo delle risorse destinate alla gestione dell'emergenza pandemica, nell'ottica di garantire interventi strutturali finalizzati a potenziare e rilanciare il SSN;

i) alla diffusione della cultura della misurazione dei risultati, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate, nonché della valorizzazione delle risorse umane;

l) alla possibilità di favorire una maggiore omogeneità nell'applicazione della disciplina del consenso informato e di accesso alle informazioni, nonché nell'accesso alle cure;

m) al miglioramento del livello di integrazione istituzionale e leale collaborazione tra Stato, regioni e autonomie locali nella tutela della salute, anche in riferimento ad eventi eccezionali ed emergenze.

7. La Commissione è composta da ventisette senatori nominati dal Presidente del Senato in proporzione al numero dei componenti dei Gruppi parlamentari, assicurando comunque la presenza di un rappresentante per ciascun Gruppo parlamentare.

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

9. L'ufficio di presidenza, composto dal presidente, da due vicepresidenti e da due segretari, è eletto dai componenti della Commissione a scrutinio segreto. Nell'elezione del presidente, se nessun componente riporta la maggioranza assoluta dei voti, si procede al ballottaggio tra i due candidati che hanno ottenuto il maggior numero di voti. In caso di parità di voti è pro-

clamato eletto o entra in ballottaggio il più anziano di età. Per l'elezione dei due vicepresidenti e dei due segretari, ciascun componente della Commissione scrive sulla scheda un solo nome. Sono eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero di voti e, in caso di parità, il più anziano di età.

10. La Commissione procede nelle sue attività di inchiesta con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria.

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

12. La Commissione dispone il mantenimento della segretezza degli atti acquisiti, delle assunzioni testimoniali e dei documenti già coperti da segreto o attinenti a procedimenti giudiziari nella fase delle indagini preliminari, fino al termine delle stesse.

13. La Commissione dispone quali ulteriori atti non debbano essere divulgati, anche in relazione ad altre istruttorie o inchieste in corso.

14. I componenti della Commissione, il personale addetto alla stessa e ogni altra persona che collabora con la Commissione o compie o concorre a compiere atti di inchiesta oppure ne viene a conoscenza, sono obbligati al segreto sui contenuti di cui ai commi 2, 3 e 4.

15. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, la violazione dell'obbligo di cui ai commi 2, 3 e 4, nonché la diffusione non autorizzata, in tutto o in parte, di atti o documenti funzionali all'attività di inchiesta non divulgabili, sono punibili ai sensi dell'articolo 326 del codice penale.

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

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

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

19. La Commissione può avvalersi dell'opera di agenti ed ufficiali di polizia giudiziaria, del Nucleo anti sofisticazione, di magistrati ordinari, di personale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.), nonché di tutte le collaborazioni e consulenze che ritiene necessarie.

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

21. Le spese di funzionamento della Commissione sono poste a carico del bilancio interno del Senato. Esse sono stabilite nel limite massimo di

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