



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 179

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

17/12/2022 - 23:32

Indice

1. DDL S. 179 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	4
1.2.1. Testo DDL 179	5
1.3. Trattazione in Commissione	12
1.3.1. Sedute	13
1.3.2. Resoconti sommari	15
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	16
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 180 (pom.) del 17/11/2020	17
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 246 (ant.) del 22/07/2021	27
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 248 (ant.) del 28/07/2021	35
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 206 (ant.) del 03/08/2021	41
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 251 (ant.) del 05/08/2021	42
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 211 (ant.) del 09/09/2021	47
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 1 (ant.) del 16/09/2021	48
1.3.2.1.8. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 2 (ant.) del 28/10/2021	49
1.3.2.1.9. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 292 (pom.) dell'08/03/2022	50
1.3.2.1.10. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 302 (pom.) del 03/05/2022	53
1.3.2.1.11. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 235 (pom.) del 17/05/2022	56
1.3.2.1.12. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 306 (ant.) del 18/05/2022	57
1.3.2.1.13. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 236 (pom.) del 24/05/2022	60

1. DDL S. 179 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 179
XVIII Legislatura

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

Iter

3 maggio 2022: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

S.179

in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

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

Cofirmatari

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

Natura

ordinaria

Presentazione

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

Classificazione TESEO

AUTISTI , MEZZI DI SOCCORSO

Articoli

FORMAZIONE PROFESSIONALE (Artt.2, 6 - 8), ATTESTATI E CERTIFICATI (Artt.1, 2, 9), PRONTO SOCCORSO (Artt.1, 3), MATERIE DI INSEGNAMENTO (Artt.6, 7), APPRENDISTATO (Art.8), REGIONI (Artt.2, 9), PROVINCE AUTONOME (Artt.2, 9), COMPETENZA (Artt.1, 4), AZIENDE SANITARIE LOCALI (Art.3), DIPLOMI E TITOLI DI STUDIO (Art.5), LIMITI E VALORI DI RIFERIMENTO (Artt.5, 6)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Gaspere Antonio Marinello](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 28 luglio 2021) (fino all'8 marzo 2022).

Relatore alla Commissione Sen. [Annamaria Parente](#) ([IV-PSI](#)) (dato conto della nomina il 3 maggio 2022) .

Assegnazione

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

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

82 del 23 gennaio 2019)

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 179

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 179

DISEGNO DI LEGGE

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

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Profilo professionale)

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

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

Art. 2.

(Formazione)

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

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

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

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

Art. 3.

(Contesti operativi)

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

Art. 4.

(Attività e competenze)

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

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

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

Art. 5.

(Requisiti di accesso)

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

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

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

Art. 6.

(Organizzazione didattica)

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7.

(Materie di insegnamento)

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

a) area socio-culturale, istituzionale e legislativa;

b) area igienico-sanitaria;

c) area tecnico-operativa.

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

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

Art. 8.

(Tirocinio)

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

Art. 9.

(Esame finale e rilascio dell'attestato)

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

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

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

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

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

Allegato A

(articolo 4, comma 3)

ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ PREVISTE PER L'AUTISTA SOCCORRITORE

1) Conduzione del mezzo di soccorso:

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

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

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

Allegato B
(articolo 4, comma 3)

ELENCO DELLE PRINCIPALI COMPETENZE DELL'AUTISTA SOCCORRITORE

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

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

Allegato C

(articolo 7, comma 2)

MODULI DIDATTICI, OBIETTIVI DI MODULO E MATERIE DI INSEGNAMENTO

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

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

Materie di insegnamento:

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

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

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

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

Materie d'insegnamento:

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

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

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

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

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 179
XVIII Legislatura

Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

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

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

17 novembre 2020

[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

[N. 302 \(pom.\)](#)

3 maggio 2022

[N. 235 \(pom.\)](#)

17 maggio 2022

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

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

[N. 306 \(ant.\)](#)

18 maggio 2022

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

[N. 236 \(pom.\)](#)

24 maggio 2022

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

1.3.2. Resoconti sommari

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

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

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

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

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il vice ministro della salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,45.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

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

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

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

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

La Commissione prende atto.

IN SEDE CONSULTIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si apre la discussione generale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si procede alle dichiarazioni di voto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IN SEDE REDIGENTE

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

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

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

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

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

(Rinvio del seguito della discussione congiunta.)

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

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

SCONVOCAZIONE DELLA SEDUTA DI DOMANI

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

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 17,40.

1.3.2.1.2. 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 socioassistenziale 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 socioassistenziale 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, socioassistenziali 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.

1.3.2.1.3. 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 propedeutico 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.».

1.3.2.1.4. 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](#)

1.3.2.1.5. 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.

1.3.2.1.6. 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](#)

1.3.2.1.7. 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)

1.3.2.1.8. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 2 (ant.) del 28/10/2021

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

IGIENE E SANITA' (12ª)

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)

1.3.2.1.9. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) - 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.

1.3.2.1.10. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 302 (pom.) del 03/05/2022

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 3 MAGGIO 2022
302^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,15.

ESAME DI PROGETTI DI ATTI LEGISLATIVI DELL'UNIONE EUROPEA

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/953 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per agevolare la libera circolazione delle persone durante la pandemia di COVID-19 ([n. COM\(2022\) 50 definitivo](#))

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/954 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per i cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti o residenti nel territorio degli Stati membri durante la pandemia di COVID-19 ([n. COM\(2022\) 55 definitivo](#))

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 26 aprile.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver ricordato che è stata dichiarata aperta la discussione generale, comunica che i pareri delle Commissioni consultate non sono ancora pervenuti.

Prende atto la Commissione.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) osserva che l'esame congiunto degli atti in titolo dovrebbe essere un'occasione per riflettere sui ritardi maturati in materia di fruibilità dei dati di monitoraggio dei rischi endemici e pandemici. In particolare, rileva che i dati sulla copertura vaccinale individuale e collettiva sono la base di una corretta Anagrafe vaccinale, che consentirebbe di evitare nuove certificazioni digitali e i correlati costi economici e sociali, salvaguardando il traguardo della libera circolazione delle persone in sicurezza, posto che i dati di interesse potrebbero essere inseriti nel sistema TEAM (Tessera Sanitaria - Tessera Europea di Assicurazione Malattia). Invita a trarre dalla disciplina

transitoria in esame uno stimolo per intervenire normativamente, sia a livello nazionale che europeo, allo scopo di rafforzare la rete di programmazione, valutazione e controlli in materia di sorveglianza epidemiologica e immunoprofilassi di massa, così da dare una risposta concreta alle emergenze sanitarie di livello globale. Ciò a suo avviso potrebbe avvenire mediante l'adozione di un piano di governo dei rischi endemici e pandemici, a partire dal livello nazionale, a fini di prevenzione e contrasto sistemico di nuove ondate: non si può prescindere dall'accertare con precisione l'estensione e la circolazione dell'infezione nella popolazione e l'andamento delle coperture davvero necessarie con aggancio a sistemi analitici ed informativi sulle caratteristiche epidemiologiche e sierologiche del *virus*, per ottimizzare le reti di sorveglianza e monitoraggio (non solo vaccinale). Rimarca che a tutt'oggi non esiste un'efficiente Anagrafe vaccinale: se ci fosse stata, avrebbe evitato il *green pass*, grazie alla possibilità di avere dati traslati sulla tessera sanitaria e utilizzabili alla bisogna, come per l'accesso in luoghi sensibili e per tutelare i fragili in strutture come ospedali e in RSA. Auspica che le riflessioni svolte possano essere condivise e trasfuse nella risoluzione della Commissione sugli atti in esame.

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

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

La seduta, sospesa alle ore 15,25, riprende alle ore 15,40.

IN SEDE REDIGENTE

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 15 febbraio.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver ricordato che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti, avverte che non sono ancora pervenuti i pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti, mentre sono stati acquisiti i pareri delle Commissioni 1a e per le Questioni regionali.

Prende atto la Commissione.

Nessuno chiedendo di intervenire, il seguito della discussione congiunta è rinviato.

(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

(2535) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Disposizioni per la promozione e la valorizzazione delle figure del soccorritore e del soccorritore autista

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 179 e 1127, congiunzione con la discussione del disegno di legge n. 2535 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 marzo.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che i disegni di legge in titolo, già congiunti ad altri provvedimenti di portata più ampia sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria, in data 8 marzo 2022 sono stati disabbinati dagli stessi ai fini della trattazione separata del tema dell'autista soccorritore. Quindi, avverte che è stato assegnato alla Commissione, in sede redigente, il disegno di legge n. 2535, recante disposizioni per la promozione e la valorizzazione delle figure del soccorritore e del soccorritore autista.

Dopo aver illustrato, in qualità di relatrice, il disegno di legge anzidetto, ne propone *ratione materiae* l'abbinamento ai disegni di legge n. 179 e 1127, ai fini di un seguito di trattazione congiunto, riservandosi di avanzare nel prosieguo dell'*iter* una proposta in ordine al testo base.

Conviene la Commissione sulla proposta di abbinamento.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) preannuncia un disegno di legge a sua firma in materia di autista soccorritore.

La [PRESIDENTE](#) assicura che, una volta assegnato, il disegno di legge annunciato sarà prontamente preso in considerazione nella prospettiva dell'abbinamento. Quindi, segnala l'opportunità, prima di avviare il dibattito sul merito, di svolgere un breve ciclo di audizioni ad integrazione degli elementi di conoscenza già acquisiti.

Poiché non vi sono osservazioni in senso contrario, propone di fissare il termine per la presentazione delle proposte di audizione, nel numero massimo di due per Gruppo, alle ore 12 del prossimo martedì 10 maggio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 15,45.

1.3.2.1.11. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 235 (pom.) del 17/05/2022

[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. 235
MARTEDÌ 17 MAGGIO 2022

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 13,40 alle ore 14,30

AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, DI RAPPRESENTANTI DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI (AMD) E DELLA SOCIETA' ITALIANA DI DIABETOLOGIA (SID), NELL'AMBITO DELL'AFFARE ASSEGNATO SUL "POTENZIAMENTO E RIQUALIFICAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE NELL'EPOCA POST COVID" (N. 569).

[Video](#)

AUDIZIONE INFORMALE, IN VIDEOCONFERENZA, DI RAPPRESENTANTI DI CO.E.S. ITALIA NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI DI LEGGE NN. 179, 1127 E 2535 (DISCIPLINA AUTISTA SOCCORRITORE).

[Video](#)

1.3.2.1.12. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 306 (ant.) del 18/05/2022

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

IGIENE E SANITA' (12ª)
MERCOLEDÌ 18 MAGGIO 2022
306ª Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,55.

ESAME DI PROGETTI DI ATTI LEGISLATIVI DELL'UNIONE EUROPEA

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/953 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per agevolare la libera circolazione delle persone durante la pandemia di COVID-19 ([n. COM\(2022\) 50 definitivo](#))

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/954 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per i cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti o residenti nel territorio degli Stati membri durante la pandemia di COVID-19 ([n. COM\(2022\) 55 definitivo](#))

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto, ai sensi dell'articolo 144, commi 1 e 6, del Regolamento, dei progetti di atti legislativi dell'Unione europea. Approvazione della risoluzione: *Doc. XVIII, n. 26*)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 12 maggio.

La relatrice **BINETTI** (*FIBP-UDC*) presenta e illustra una nuova proposta di risoluzione, pubblicata in allegato. Ribadisce che gli atti in esame garantiscono la libera circolazione dei cittadini europei all'interno dell'UE in condizioni di sicurezza, nel rispetto dei principi di proporzionalità e sussidiarietà. Ritiene che l'esperienza della gestione della pandemia abbia dimostrato quanto tutti i Paesi siano interconnessi e interdipendenti nelle scelte di salute pubblica. Fa presente, da ultimo, di aver tenuto in considerazione, nella redazione della proposta di risoluzione poc'anzi illustrata, delle indicazioni emerse nel corso del dibattito e di ulteriori spunti successivamente pervenuti per le vie brevi.

La **PRESIDENTE** invita il sottosegretario Sileri a pronunciarsi sulla proposta testé illustrata.

Il rappresentante del GOVERNO si esprime in senso favorevole.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) evidenzia alcuni elementi rilevanti contenuti nella proposta di risoluzione: trova apprezzabili, in particolare, le indicazioni poste con l'osservazione. Nondimeno, ribadite le forti perplessità sull'uso del certificato Covid digitale, dichiara il voto contrario del proprio Gruppo.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) esprime un ringraziamento alla relatrice per l'attenzione data nella proposta di parere alle sollecitazioni delle Commissioni consultate, sebbene sarebbe stato a suo avviso opportuno sottolineare la necessità di mettere a regime una corretta Anagrafe vaccinale grazie all'implementazione della Anagrafe Assistiti a livello nazionale, ciò che consentirebbe di evitare eventuali futuri *green pass* grazie alla possibilità di utilizzare la tessera sanitaria con i dati vaccinali caricati in tempo reale, in accordo con il Fascicolo Sanitario Elettronico Europeo di cui alla proposta di regolamento del Parlamento Europeo approvata il 3 maggio dalla Commissione UE sull'EHDS (*European Health Data Space*). Fa notare che la soluzione prospettata eviterebbe pesanti costi economici e sociali e consentirebbe di salvaguardare il traguardo della libera circolazione delle persone in sicurezza. Rimarca che anche dalla disciplina transitoria al giugno 2023 si potrebbe trarre uno stimolo per intervenire normativamente, anzitutto a livello nazionale, poi sulla stessa falsariga in ambito eurounitario, per rafforzare la rete di programmazione, valutazione e controlli in materia di sorveglianza epidemiologica e immunoprofilassi di massa. Segnala che l'osservazione recepita dalla relatrice è tra l'altro in linea con l'articolo 13 della legge annuale per la concorrenza e il mercato, nel nuovo testo in fase di perfezionamento, e indica la via per dare una risposta concreta alle emergenze sanitarie di livello globale, tenuto conto della crisi sanitaria in corso, ben oltre la data di formale cessazione dello stato di emergenza. Rileva che il sistema prefigurato, se correttamente alimentato, oltre a evitare ulteriori certificazioni digitali consentirà di monitorare le coperture vaccinali individuali e collettive tramite i dati della tessera sanitaria, nonché di disporre di dati statistico-epidemiologici in tempo reale, utilizzabili alla bisogna senza costi aggiuntivi. Annuncia comunque il voto favorevole del suo Gruppo.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) ringrazia la relatrice per la proposta di risoluzione presentata, su cui preannuncia il voto favorevole del suo Gruppo. Ricorda che l'Italia ha partecipato attivamente al tavolo di lavoro in sede europea per la formulazione delle proposte di regolamento in esame, sulle quali, nonostante siano emerse alcune divergenze, è stato trovato un punto di sintesi. Ribadisce l'importanza della connessione tra gli strumenti informatici italiani e quelli di altri Paesi europei.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*) osserva che l'utilizzo dei certificati digitali ha favorito la ripresa degli spostamenti dei cittadini europei all'interno dell'Unione, nel rispetto delle condizioni di sicurezza. Pur considerando l'attuale, sensibile riduzione dei contagi, reputa che occorra mantenere un atteggiamento prudente in vista della prossima stagione autunnale, in cui non si può escludere alcuno scenario: potrebbero verificarsi altre ondate pandemiche, oppure il virus potrebbe diventare endemico al pari dell'influenza stagionale. Annuncia il voto favorevole del proprio Gruppo.

Non essendovi altre richieste d'intervento, previa verifica del numero legale per deliberare, la proposta di risoluzione è posta in votazione e risulta approvata.

IN SEDE CONSULTIVA

(2598) Conversione in legge del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, recante ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)

(Parere alle Commissioni 1a e 7a riunite. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 12 maggio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata dichiarata aperta la discussione generale.

In assenza di richieste d'intervento, il seguito dell'esame è rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni effettuate ieri, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sui disegni di legge nn. [179](#), [1127](#) e [2535](#) (disciplina autista soccorritore), 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 in relazione a tali disegni di legge.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 9,10.

RISOLUZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE SUI PROGETTI DI ATTI LEGISLATIVI DELL'UNIONE EUROPEA N. COM(2022) 50 DEFINITIVO E N. COM(2022) 55 DEFINITIVO (DOC. XVIII, N. 26)

La Commissione Igiene e sanità del Senato,
esaminati congiuntamente gli atti dell'Unione europea in titolo (d'ora in poi "atti");
considerato che, secondo il Governo, gli atti rispettano i principi di sussidiarietà e proporzionalità e sono conformi all'interesse nazionale;
visto il parere - non ostativo, con un'osservazione - della Commissione affari costituzionali;
visto l'orientamento favorevole emerso nella Commissione politiche dell'Unione europea in merito al rispetto dei principi di sussidiarietà e proporzionalità;
tenuto conto che le disposizioni introdotte dalla proposta COM(2022) 50 vanno a tutelare l'esercizio del diritto di libera circolazione durante la pandemia di COVID-19 nei Paesi dell'Unione per un altro anno, e al contempo permettono un allargamento del diritto di libera circolazione anche ai partecipanti ai *trial*;
tenuto conto che le disposizioni introdotte dalla proposta COM(2022) 55 vanno a tutelare gli spostamenti all'interno dei territori degli Stati membri anche per i cittadini di Stati terzi, regolarmente residenti o soggiornanti in uno Stato membro, in possesso di *Digital Covid Certificate UE*, durante la pandemia da COVID-19, per un altro anno, e al contempo permettono un allargamento del diritto di libera circolazione anche ai partecipanti ai *trial*;
esprime parere favorevole, con la seguente osservazione:
in via complementare e preventiva all'adozione degli atti, è fondamentale rafforzare la rete di programmazione, valutazione e controlli in materia di sorveglianza epidemiologica e immunoprofilassi di massa mediante sia la valorizzazione delle Anagrafi vaccinali regionali e nazionale, sia la verifica dei presupposti per l'interoperabilità europea dei dati nazionali.

1.3.2.1.13. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 236 (pom.) del 24/05/2022

[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. 236
MARTEDÌ 24 MAGGIO 2022

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 13,45 alle ore 14,40

AUDIZIONE INFORMALE DI RAPPRESENTANTI DELLA LEGA ANTIVIVISEZIONE (LAV), INTERVENUTI IN VIDEOCONFERENZA, SULL'ATTO DEL GOVERNO N. 382 (PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI AGLI ANIMALI O ALL'UOMO).

[video](#)

AUDIZIONE INFORMALE DI RAPPRESENTANTI DI CONFINDUSTRIA DISPOSITIVI MEDICI, , INTERVENUTI IN VIDEOCONFERENZA, SUGLI ATTI DEL GOVERNO NN. 384 E 385 (DISPOSITIVI MEDICI).

[video](#)

AUDIZIONE INFORMALE DI RAPPRESENTANTI DELLA UIL FPL, , INTERVENUTI IN VIDEOCONFERENZA, SUI DISEGNI DI LEGGE NN. 179,1127 E 2535 (DISCIPLINA AUTISTA SOCCORRITORE).

[video](#)

