

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.

Primi emendamenti e osservazioni della Commissione Salute

Il rilevante intervento su posti letto in terapia Intensiva e semi intensiva nasce dalle difficoltà incontrate, fino a metà aprile, dalle strutture ospedaliere nel far fronte all'afflusso di pazienti in condizioni gravissime, situazione che si è evoluta con il progredire delle conoscenze sulla malattia. Oggi il numero dei pazienti ricoverati in terapia intensiva rappresenta il 5% degli ospedalizzati e anche nel caso di una recrudescenza autunnale del contagio – ipotizzato da molti virologi e epidemiologi – non v'è ragione di ritenere che questa proporzione debba tornare a quella registrata nella prima fase della pandemia.

La norma va, comunque, nella direzione di potenziare la risposta della rete ospedaliera ad eventi emergenziali, puntando ad un incremento strutturale delle Terapie intensive e sulla riqualificazione verso le semintensive.

Per le prime è fissato un parametro di 0,14 P.L. ogni mille abitanti, il che comporta, per alcune Regioni un importante incremento della propria offerta.

Al di là delle difficoltà di realizzare i relativi interventi strutturali, la norma è finalizzata ad evitare, per l'avvenire, la sospensione delle attività chirurgiche, resasi necessaria per trasformare le sale operatorie in spazi adatti ad accogliere posti letto in terapia intensiva.

Per quanto concerne i posti letto in terapia semi-intensiva, da realizzarsi mediante riqualificazione, il comma 2 prevede che vengano attrezzati a tale scopo 4225 posti letto di medicina generale e che il 50% di essi abbia caratteristiche impiantistiche tali da poter essere trasformati, alla bisogna, in Terapia Intensiva.

Oggi l'attività di Terapia semi-intensiva non è attualmente codificata come DRG; l'ultimo periodo del comma 2 afferma che tali attività dovranno essere garantite, dal 2021, con le *“risorse umane programmate a legislazione vigente”*, il che porrà un problema nell'erogazione del setting assistenziale richiesto.

Il Comma 4 dispone che i Pronti Soccorso vengano ristrutturati secondo le misure temporanee adottate per far fronte all'emergenza Covid, norma che, al di là delle difficoltà tecniche, coglie esigenze condivisibili. Ma prevede anche che, negli ospedali in cui sono state individuate strutture di ricovero per pazienti covid, venga consolidata *“la separazione dei percorsi, rendendola strutturale”*. Questo, nel caso delle Regioni più coinvolte nel COVID, renderà molto difficile tornare alla normalità.

I dati circa la spesa consentita per il personale e l'incremento delle terapie intensive vanno verificati nella loro correlazione.

Se si vogliono accrescere le capacità di risposta delle strutture ospedaliere consentendo un ritorno alla normalità dell'assistenza a tutti i pazienti portatori di patologie diverse dal covid, occorrerebbe

incrementare gli spazi di ricovero e, quindi, rivedere, a livello di legislazione nazionale, i parametri del DM 70.

Emendamenti all'articolo 1

(Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale)

- All'articolo 1, riformulare come segue il comma 5:
"5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, **assumere con rapporto di lavoro subordinato, ovvero** utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni **con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato** e comunque nei limiti di cui al comma 10."

- All'articolo 1, comma 11, quinto periodo, le parole da "sulla base delle quote" e fino a "1.184.362.779,00 euro" sono sostituite dalle seguenti: **"per un importo pari a 1.184.362.779,00 euro, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020 e con l'applicazione di un meccanismo di correzione finalizzato al dimezzamento del divario, tra le Regioni, in termini di finanziamento pro capite rispetto al dato medio nazionale"**.

In considerazione dell'indicato emendamento, la tabella B relativa al riparto dei fondi va modificata in coerenza con il testo sopra riportato.

Breve nota illustrativa.

E' noto il divario, gravissimo ed ingiustificato, tra le quote di accesso delle diverse Regioni al riparto delle risorse destinate alla spesa sanitaria. In tale ottica, l'emendamento presentato, tanto più tenuto conto della natura aggiuntiva delle risorse di cui al presente decreto legge, che ne impone un utilizzo anche in funzione perequativa, prevede l'applicazione, al criterio fondato sulle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevato per l'anno 2020, di un meccanismo parzialmente correttivo, ai fini del riparto, a tutela delle Regioni che sono al di sotto della media nazionale.

Quale atto di responsabilità rispetto alle Regioni più colpite dalla crisi Covid-19, la presente

proposta emendativa limita l'applicazione del meccanismo correttivo al solo dimezzamento, e non all'azzeramento del divario a tutt'oggi sussistente.

Emendamenti all'articolo 2

(Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19)

5. Le regioni e le province autonome sono autorizzate a implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19. Per l'operatività di tali mezzi di trasporto, le regioni e le province autonome possono **utilizzare assumere** personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico, **anche attraverso nuove assunzioni**, con decorrenza 15 maggio 2020. A tal fine, il limite di spesa regionale per l'anno 2020 è riportato nella colonna 3 della tabella di riparto di cui all'Allegato C, che forma parte integrante del presente decreto.

7. Per le finalità di cui ai commi 1 e 5 del presente articolo e per le finalità di cui all'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all'articolo 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale, per l'anno 2020, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, **ivi incluso l'ammontare complessivo previsto dall'art. 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017**, nel limite massimo di **240.975.000 euro**, da ripartirsi, per il medesimo anno 2020, a livello regionale come indicato nelle colonne 3 e 5 della tabella di cui all'allegato C, che forma parte integrante del presente decreto. All'onere di 240.975.000 euro si provvede a valere sul livello finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2020. Nei piani di cui al comma 1, le regioni e le province autonome indicano le unità di personale aggiuntive rispetto alle vigenti dotazioni organiche da assumere o già assunte, ai sensi degli articoli 2-bis e 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Per le finalità di cui ai commi 1 e 5 del presente articolo, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale nel limite massimo di **347.060.000 euro**, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, **ivi incluso l'ammontare complessivo previsto dall'art. 23 comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75**, da ripartirsi, a decorrere dall'anno 2021, a livello regionale come indicato nelle colonne 6 e 7 della tabella di cui all'allegato C, che forma parte integrante del presente decreto.

Le modifiche inserite al comma 7 intendono chiarire che il finanziamento previsto per gli anni 2020 e 2021, per le finalità di cui ai commi 1 e 5 dell'articolo 2, nonché per le finalità di cui all'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all'articolo 2-ter del DL 18/2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, ricomprende anche le componenti accessorie della retribuzione che gravano sui fondi contrattuali, anche al fine di non abbassare il trattamento economico complessivo attualmente in godimento del personale dipendente.

Si propone di inserire nel decreto-legge la seguente disposizione.

Art (Criteri di monitoraggio del rischio sanitario)

Al fine del monitoraggio del rischio sanitario, il Ministero della Salute adegua i criteri di cui al

decreto ministeriale 30 aprile 2020, sulla base degli esiti della sperimentazione e dell'istruttoria compiuta di intesa con i referenti regionali del sistema di sorveglianza della circolazione SARS-COV2, escludendo comunque dalla rilevazione il parametro RT, che descrive il tasso di contagiosità dopo l'applicazione delle misure atte a contenere il diffondersi della malattia e sostituendolo con il parametro RO, che rappresenta il numero in media di casi secondari di un caso indice.

Breve nota illustrativa.

Il Decreto Ministeriale 30 aprile 2020, recante "Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase I alla fase 2A di cui all'allegato I O del DPCM 26/4/2020", ha quale finalità la valutazione del rischio di una ripresa dell'epidemia Covid-19 sia a livello locale, che regionale e nazionale.

Gli uffici hanno evidenziato che tale valutazione si realizza attraverso una combinazione tra probabilità e impatto di una minaccia similita, sulla base dei due algoritmi e della relativa matrice di interconnessione di cui al sopra citato decreto e che si rende necessario realizzare un "cruscotto semplificato di indicatori", di facile lettura e di grande utilità, ovvero costituito da pochi indicatori in grado di rappresentare in maniera appropriata quanto richiesto dagli items degli stessi algoritmi con i quali livellare il grado di rischio.

La presente proposta mira a consentire la rivisitazione di una parte degli indicatori, sulla base del primo periodo di sperimentazione e con il supporto dei singoli referenti regionali e comunque ad escludere dalla livellazione il parametro Rt, che descrive invece il tasso di contagiosità dopo l'applicazione delle misure atte a contenere il diffondersi della malattia, di contro includendo il parametro RO che rappresenta il numero, in media, di casi secondari di un caso indice. Tale proposta è basata in primo luogo sulla rilevata difficoltà di calcolare l'indice Rt, in quanto necessita della data di insorgenza dei sintomi della malattia, informazione non facilmente e prontamente reperibile e sicuramente non rintracciabile per tutti i casi. In secondo luogo, l'indice Rt non è rappresentativo nella stima di intensità di trasmissione nella popolazione generale in cui si assume che tutti abbiano le stesse probabilità di contrarre l'infezione. Infine è stato evidenziato che tra le difficoltà di calcolo dell'indice Rt va considerato che negli asintomatici, sottoposti a tampone in quanto contatti o nell'ambito delle procedure di sorveglianza sanitaria, la data di insorgenza dei sintomi non può essere rilevata.