

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
DI INCHIESTA SULLE ATTIVITÀ ILLECITE
CONNESSE AL CICLO DEI RIFIUTI E SU ILLECITI AMBIENTALI
AD ESSE CORRELATI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

71.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 27 MAGGIO 2020

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **STEFANO VIGNAROLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		D'Arienzo Vincenzo (PD)	19
Vignaroli Stefano, <i>Presidente</i>	3	Ferrazzi Andrea (PD)	9
Audizione del Ministro della salute, Roberto Speranza, sulla gestione dei rifiuti legata all'emergenza Covid-19:		Licatini Caterina (M5S)	20, 21
Vignaroli Stefano, <i>Presidente</i>	3, 7, 14, 15, 21, 23	Lorefice Pietro (M5S)	18
Berutti Massimo Vittorio (FI-BP)	16	Muroni Rossella (LeU)	10
Braga Chiara (PD)	10	Patassini Tullio (Lega)	15
Briziarelli Luca (Lega)	11	Speranza Roberto	3, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22
		Vianello Giovanni (M5S)	7, 8
		Zolezzi Alberto (M5S)	14

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
STEFANO VIGNAROLI

La seduta comincia alle 20.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante l'attivazione degli impianti audiovisivi a circuito chiuso e la trasmissione *streaming* sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione del Ministro della salute, Roberto Speranza, sulla gestione dei rifiuti legata all'emergenza Covid-19.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Ministro della salute, onorevole Roberto Speranza, che è accompagnato dalla dottoressa Federica Zaino, e dal dottor Nicola Del Duce rispettivamente segretaria particolare e portavoce del Ministro. L'audizione verterà sulla gestione dei rifiuti legata all'emergenza Covid-19.

Comunico che l'auditore ha preso visione della disciplina relativa al regime di pubblicità del resoconto stenografico della seduta che informa l'auditore che della presente seduta sarà redatto un resoconto stenografico e, su motivata richiesta, consentendo la Commissione, i lavori proseguiranno in seduta segreta; nel caso le dichiarazioni segrete entrassero a far parte di un procedimento penale, il regime di segretezza seguirà quello previsto per tale procedimento; si invita comunque a rinviare eventuali interventi di natura riservata alla parte finale della seduta.

Invito il Ministro a svolgere una relazione al termine della quale seguiranno

eventuali domande o richieste di chiarimento da parte dei commissari.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Buonasera a tutti. Ringrazio il Presidente Vignaroli, i senatori e gli onorevoli deputati per l'invito a svolgere la presente audizione finalizzata ad approfondire le complesse tematiche che la Commissione sta analizzando sulla gestione dei rifiuti, con specifico riferimento all'emergenza Covid-19. Al fine di poter correttamente inquadrare la problematica in questione, è opportuno svolgere alcune preliminari considerazioni sulle misure necessarie per la gestione della cosiddetta Fase 2 dell'emergenza sanitaria Covid-19. È ormai noto che la strategia messa in campo dal Governo si articola in cinque punti e prevede su tutto il territorio nazionale le seguenti azioni che voglio solo velocemente ricordare. La prima, mantenere e far rispettare il distanziamento sociale a tutti i livelli e promuovere l'utilizzo diffuso di mezzi di protezione individuale. A questo primo punto noi abbiamo risposto, attraverso numerosi decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e sin dall'inizio con ordinanze a firma mia e dei presidenti di regione delle prime regioni coinvolte. Secondo punto di intervento, il potenziamento della rete di assistenza territoriale, in particolare di quella domiciliare, al fine di assicurare una migliore presa in carico delle cronicità e delle categorie di pazienti fragili che sono i più vulnerabili ed esposti al contagio anche mediante servizi di telemedicina coordinati da centrali operative regionali. Su questo secondo punto, è evidente l'investimento fatto nell'ultimo decreto « rilancio » con circa un miliardo e mezzo di risorse dedicate al potenziamento dell'assistenza territoriale. Terzo punto, il potenziamento della rete ospedaliera, incrementando il numero

dei posti di terapia intensiva e semi-intensiva e i servizi di emergenza/urgenza, in modo da poter assicurare una pronta risposta in caso di nuovi picchi epidemici. Anche rispetto a questa terza fattispecie di intervento, il decreto « rilancio » ha visto un investimento significativo di risorse che ci porterà ad aumentare del 115 per cento i posti letto in terapia intensiva. Quarto punto, l'utilizzo tempestivo e accurato dei test molecolari e l'avvio di un'indagine nazionale di sieroprevalenza al fine di poter disporre in tempi brevi di studi epidemiologici e statistiche affidabili e complete sullo stato immunitario della popolazione per la migliore individuazione delle misure di profilassi e di contenimento. Questo test sierologico è stato avviato nelle ultime ore attraverso un campione della Croce Rossa, un campione costruito da ISTAT (Istituto nazionale di statistica) e gestito dalla Croce Rossa. Quinto punto, il rafforzamento delle strategie di *contact tracing* mediante un'apposita *app*, liberamente scaricabile sul cellulare, che consentirà di tracciare i contatti stretti intercorsi con persone risultate positive al Covid ai fini di prevenzione e di cura.

La misura di questi cinque punti che ho provato velocemente a indicare – poi sarò disponibile chiaramente a eventuali approfondimenti – che indubbiamente intercetta la tematica della gestione dei rifiuti, ponendo significative implicazioni di carattere ambientale, è rappresentata dall'utilizzo diffuso dei mezzi di protezione individuale. Tale misura è stata di recente disciplinata mediante il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 17 maggio 2020, dove si legge all'articolo 3, comma 2, che ai fini del contenimento della diffusione del virus Covid-19 « è fatto obbligo sull'intero territorio nazionale di usare protezioni delle vie respiratorie nei luoghi al chiuso accessibili al pubblico, inclusi i mezzi di trasporto e comunque in tutte le occasioni in cui non sia possibile garantire continuativamente il mantenimento della distanza di sicurezza ». La scelta di fondo operata è chiara. La ripresa progressiva delle ordinarie attività quotidiane e lavorative deve avvenire nel rispetto delle ne-

cessarie misure precauzionali, tra le quali vi sono il distanziamento sociale e l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale. Pertanto si può ragionevolmente prevedere che vi sarà un notevole incremento dell'utilizzo delle mascherine e conseguentemente un incremento dei volumi di dispositivi da smaltire accanto a un incremento del consumo di guanti monouso. Anche in questo caso siamo di fronte a un problema di bilanciamento di valori di rango costituzionale. Da un lato l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale è prescritto quale misura necessaria non solo ai fini della tutela della salute dei singoli e della collettività, ma anche quale strumento indispensabile per la ripresa in condizioni di sicurezza dell'attività lavorativa e di quelle economiche in generale, ma anche per garantire l'esercizio di primarie libertà fondamentali, quali quelle della circolazione, di riunione o anche di culto; dall'altro lato l'uso massivo di tali dispositivi determinerà un aumento significativo dei volumi di rifiuti e un possibile impatto ambientale che necessita di adeguate politiche di governo del ciclo dei rifiuti. In particolare osservo che oltre all'incremento dell'utilizzo delle mascherine, giustificato in ragione di quanto sopra velocemente riportato, si è registrata anche nelle ultime settimane una significativa crescita degli imballaggi negli esercizi commerciali, in modo particolare per gli articoli alimentari è aumentata molto la vendita della frutta e verdura già imballata rispetto a quella sfusa, connessa alla percezione, da parte del consumatore, di una maggiore garanzia di igiene e al timore che il virus possa trasmettersi attraverso il contatto con gli alimenti. Inoltre anche i servizi di ristorazione stanno a volte privilegiando stoviglie in plastica e monouso, pur essendo noto che il lavaggio con acqua calda delle normali stoviglie riutilizzabili possa assicurare adeguati livelli di igiene, permettendo allo stesso tempo di evitare la produzione di quantitativi importanti di rifiuti. Emerge dunque che in questa fase straordinaria di emergenza sanitaria il ricorso in modo sistematico all'uso dei dispositivi di protezione individuale risulta funzionale a garantire in con-

dizioni di sicurezza un novero significativo di diritti e di libertà costituzionali che giustifica una potenziale compressione del diritto all'ambiente salubre che in ogni caso è destinata a riverberare i propri effetti nel limitato arco temporale dell'emergenza sanitaria. La necessità di minimizzare tale impatto ambientale dell'accresciuto impiego di tali dispositivi ha nel contempo determinato l'urgenza di mettere in campo una serie di misure tecniche idonee a limitare il danno in termini di impatto ambientale.

Il mio intervento di oggi si incentra sull'analisi delle possibili misure tecniche idonee a minimizzare l'impatto ambientale del ricorso diffuso e massivo a tali dispositivi, che rappresentano lo strumento indispensabile per garantire, in condizioni di sicurezza, l'esercizio dei diritti e delle libertà fondamentali che nella fase del cosiddetto *lockdown* sono stati temporaneamente sospesi e che ora stiamo progressivamente riacquistando. Nel merito della problematica in esame, il Ministero della salute, come criterio generale di azione, condivide quanto sostenuto dal vicepresidente della Commissione europea Frans Timmermans, il quale ha di recente affermato che l'emergenza Covid-19 non deve portare a modificare gli obiettivi di economia circolare e di prevenzione del rifiuto.

Venendo al merito delle misure tecniche adottate per la migliore gestione dei rifiuti prodotti in conseguenza dell'emergenza Covid, una prima questione concerne sicuramente il dibattito attorno all'esistenza di evidenze tecnico-scientifiche a sostegno della riutilizzabilità delle mascherine, previo lavaggio o altri accorgimenti. Ci si domanda altresì se sia stato verificato quante volte si possa procedere al lavaggio o alla sanificazione delle mascherine, prima che ciò possa comportare alterazioni delle prestazioni, in modo particolare l'efficienza nella filtrazione o nell'integrità, usura di lacci e accessori. Mi preme sottolineare che questa questione, al momento non risolta è all'attenzione dell'Istituto superiore di sanità. Si tratta infatti di prevedere un adeguato protocollo correlato alla tipologia di materiale di cui è composta la mascherina; infatti

sarà differente, prima di tutto, il caso della mascherina in tessuto, cosiddette « mascherine di comunità », rispetto a quello delle mascherine in tessuto non tessuto. Con riferimento alle mascherine di comunità che non vanno considerate come dispositivi medici né come dispositivi di protezione individuale e come tali non sono sottoposti ad alcun tipo di controllo autorizzativo, trattandosi di prodotti che possono essere realizzati anche in tessuto, deve ritenersi certamente ammissibile il loro riutilizzo. Tuttavia a tal fine sarà necessario attenersi alle indicazioni di utilizzo fornite dal produttore, anche in ordine al numero dei lavaggi possibili. È dunque importante informare la popolazione sulle modalità di corretto approvvigionamento, nel senso di ritenere percorribile la strada dell'utilizzo delle mascherine di comunità in tessuto proprio al fine della riduzione della produzione di rifiuti, promuovendo al contempo le pratiche di riuso. Giova infatti precisare che per le finalità di prevenzione generale del contagio, le mascherine di comunità in tessuto rappresentano delle protezioni efficaci per la popolazione, se usate in modo diffuso. Al contempo, il ricorso all'utilizzo delle mascherine in tessuto da parte della popolazione consente di allocare meglio le restanti tipologie di strumenti di protezione rispetto alle specifiche finalità per le quali esse sono prodotte.

Con particolare riferimento alle mascherine chirurgiche, rilevo che le stesse sono classificate come dispositivi medici (DM), pertanto i fabbricanti sono tenuti a dichiararne la compatibilità con le diverse procedure di ricondizionamento ove applicabili, così da mantenere l'efficacia richiesta senza alterare la funzionalità e la sicurezza del dispositivo medico una volta trattato. Il ricondizionamento delle mascherine chirurgiche potrebbe causare, tuttavia problemi, come ad esempio la modifica della trama, provocando un'alterazione delle proprietà filtranti o creando inconvenienti di altra natura, al momento non prevedibili e comunque differenti in funzione delle caratteristiche di ciascuna. Per verificarne l'integrità e l'efficacia dopo un trattamento di tale natura, occorrerebbe infatti testarne

l'efficacia mediante prove di laboratorio. Allo stato non sono tuttavia ancora disponibili test finalizzati a dimostrare il mantenimento delle caratteristiche dei prodotti monouso riprocessati, proprio come nel caso delle mascherine chirurgiche, tenuto conto che le caratteristiche tecniche sono note al produttore e variano a seconda del dispositivo considerato, sicché le stesse potrebbero comportare rischi differenti in caso di riutilizzo. In ogni caso, la decontaminazione mediante prodotti idonei quale parte del processo di ricondizionamento è consentita esclusivamente per dispositivi non monouso, con esclusione pertanto delle mascherine chirurgiche. Fermo restando che deve essere qualificato e noto il metodo applicato per soddisfare il requisito di decontaminazione dichiarato.

Per quanto attiene ai dispositivi di protezione individuale (DPI), maschere facciali FFP2 e FFP3, il trattamento di ricondizionamento deve garantire sia l'efficace inattivazione del virus o di altri agenti patogeni depositati, sia il mantenimento dei requisiti di sicurezza e di *performance*. In particolare, in questi casi va assicurato: primo, il mantenimento del grado di protezione del dispositivo, secondo, l'assenza di rischi associati alla presenza di sostanze tossiche o generate dai materiali come conseguenza del trattamento, terzo, l'assenza di degradazione dei materiali o alterazione meccanica. Inoltre, la sanificazione dei DPI contaminati dovrebbe prevedere per il personale che effettua il processo stesso, l'adozione di un'adeguata procedura di sicurezza dal momento del recupero del dispositivo contaminato sino al suo riutilizzo. In conclusione, rilevo che le procedure di ricondizionamento di questa categoria di prodotto, sia DPI o dispositivi medici presentano numerosi punti critici che possono dar luogo a problemi di varia natura, in particolare di tipo biologico e meccanico. In ogni caso è necessario rispettare rigorosamente le condizioni di ricondizionamento, quando indicate dal produttore. Quanto all'interrogativo se sia opportuno rivedere le norme tecniche delle mascherine chirurgiche al fine di adattarle alle esigenze meno stringenti dell'uso dome-

stico, ribadito che a tal fine sono da ritenersi certamente idonee anche le mascherine di comunità, tale questione appare comunque di difficile risoluzione, in quanto connessa al regime di prescrizioni previste dalla normativa tecnica per l'apposizione del marchio CE. Con riferimento alla possibilità di organizzare campagne di sensibilizzazione della cittadinanza mirate a promuovere buone pratiche di gestione delle mascherine chirurgiche, basate ad esempio sull'uso alternato delle stesse, ribadisco che per tale tipologia di mascherine allo stato non è configurabile il loro riutilizzo, trattandosi di dispositivi medici autorizzati per l'utilizzo singolo. È necessario attendere sul punto gli esiti di studi finalizzati al possibile riutilizzo sicuro dei prodotti monouso, eventualmente incentivando i produttori a implementare metodiche idonee alla produzione di mascherine chirurgiche riutilizzabili. Infine, in riferimento all'eventualità di sensibilizzare i cittadini nonché le attività commerciali sull'eguale efficacia di beni riutilizzabili, sarà utile una campagna informativa da costruire evidentemente in collaborazione con il Ministero dell'ambiente, da indirizzare in modo particolare ai servizi di ristorazione al fine di privilegiare, al posto delle stoviglie in plastica e monouso, le normali stoviglie riutilizzabili. Tali stoviglie, lavate con acqua calda e detergenti, assicurano adeguati livelli di igiene e sicurezza rispetto al virus, permettendo al tempo stesso di evitare la produzione di quantitativi importanti di rifiuto. Colgo l'occasione per informarvi che proprio in considerazione dell'incremento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale nella popolazione, l'Istituto superiore di sanità ha da poco pubblicato un documento relativo allo smaltimento delle mascherine dal titolo «Indicazioni *ad interim* sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico». Ho qui con me la versione del 18 maggio del 2020 che posso depositare per la Commissione. Nel documento citato vengono descritte le procedure di smaltimento di tre tipi di rifiuti, precisamente: mascherine e guanti monouso pro-

venienti dalla popolazione generale, smaltiti da utenze domestiche dove soggiornano soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria; mascherine e guanti monouso provenienti dalla popolazione generale, smaltiti da utenze domestiche, dove non soggiornano soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria e ancora mascherine e guanti monouso provenienti da personale in attività lavorative di tipo privato o pubblico, per le quali non sia già previsto l'utilizzo di tali dispositivi da specifiche leggi o regolamento. Tenuto conto che si è già svolta l'audizione in questa sede del presidente dell'Istituto superiore di sanità, rinvio alle informazioni che lo stesso ha già fornito in merito alle iniziative assunte dall'Istituto superiore di sanità con riferimento alla corretta gestione del ciclo dei rifiuti collegati all'emergenza Covid.

In conclusione torno a ribadire il concetto per me fondamentale. Il Paese si è trovato dinanzi a una sfida senza precedenti che è una sfida globale e inedita. I numeri dell'Italia segnalano in questi giorni una curva che si è, dopo gli sforzi enormi compiuti, piegata dal lato giusto, grazie alle misure adottate dal Governo e dalle regioni e grazie al comportamento individuale dei cittadini, ma bisogna ricordare che a livello globale siamo ancora nel pieno della pandemia. Nella giornata di sabato, per fare un esempio, oltre 100.000 casi sono stati segnalati a livello mondiale. Mai c'era stato un dato così alto. Nuovi Paesi sono colpiti in modo drammatico nelle ultime ore. Penso al Brasile, primo fra tutti, ma anche alla Russia. Noi abbiamo messo ogni energia come Paese per fermare l'epidemia. L'Italia è stata la prima tra le democrazie occidentali a trovarsi dinanzi all'impatto del virus. Altri Paesi dopo di noi sono stati costretti a fare i conti con il virus e hanno spesso adottato le nostre stesse misure. La priorità assoluta nelle settimane dell'emergenza è stata sempre salvare la vita delle persone, difendere il diritto alla salute come diritto fondamentale garantito dalla carta costituzionale. Ora si è aperta una fase nuova, una fase di convivenza con il virus. Dentro questa seconda fase il tema di fondo di

questa audizione è chiaro e rappresenta una sfida per la politica e per le istituzioni tutte. Emerge la necessità di contemperare il diritto alla salute e quindi di conseguenza l'utilizzo appropriato dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie, con la legittima e sacrosanta necessità di tutelare l'ambiente umano in cui viviamo. Tutela dell'ambiente e tutela della salute sono complementari. Si tengono insieme. L'uno non è possibile senza l'altro. A questo obiettivo io credo che Governo e Parlamento debbano saper lavorare all'unisono e così rispondere alla sfida che il coronavirus ha portato al nostro Paese e all'intera umanità.

PRESIDENTE. La ringrazio innanzitutto per aver approfondito alcuni punti che avevo a cuore. Ho comunque delle domande e ulteriori approfondimenti, ma lascio prima la parola ai vari miei colleghi.

GIOVANNI VIANELLO. Ringrazio e saluto il Ministro Speranza. Vorrei anche ringraziarlo per il lavoro svolto nella Fase 1, perché se anche l'Organizzazione mondiale della sanità si è complimentata con l'Italia per come è stata gestita, evidentemente il merito è del Governo e del Ministero della salute. Detto questo, entriamo nel merito delle argomentazioni. Abbiamo apprezzato molto le linee guida e il parere dell'Istituto superiore di sanità sulla sanificazione stradale, che ha sfatato il mito che riempire di candeggina tutte le strade non serve a nulla e non combatte nulla. Abbiamo apprezzato molto questo lavoro. Ho appena appreso della prossima iniziativa che si farà per sensibilizzare la popolazione al potere utilizzare il minimo possibile l'usa e getta da fare col Ministero dell'ambiente. Auspico che vengano anche coinvolte le regioni e i comuni, in modo tale che possa essere una campagna di sensibilizzazione contro l'usa e getta, pur garantendo sempre la sicurezza e che possa essere il più capillare possibile, perché è importantissimo ridurre questa produzione di rifiuti. Ci sono due punti che vorrei però un attimo mettere in evidenza. Abbiamo avuto nozione del parere dell'I-

stituto superiore di sanità invece sui rifiuti provenienti dalle case dei soggetti in quarantena e risultati positivi e non c'è una vera e propria scientificità nel mettere nell'indifferenziata quei rifiuti e poi nell'incenerimento. Per cui, seguendo quella che è poi la direttiva quadro, non so se è a conoscenza se l'Istituto superiore di sanità stia rivedendo quel parere, aggiornandolo alle più recenti nozioni in merito a se quei rifiuti possano invece tornare a essere trattati nell'ottica della raccolta differenziata e dell'economia circolare. Un'altra cosa che volevo chiedere è sui rifiuti sanitari. Il decreto del Presidente della Repubblica n. 254 del 2003 che disciplina la gestione di questi rifiuti prevede due possibilità: una è l'incenerimento, l'altra è la sanificazione e la sterilizzazione *in situ*. Volevo sapere se l'Istituto superiore di sanità sta già facendo o prevede di fare degli approfondimenti per poter comprendere meglio se ci sono dei sistemi di sterilizzazione *in situ*, che possano evitare che i rifiuti pericolosi, i rifiuti sanitari possano girare per l'Italia, andando poi anche negli inceneritori, quando magari con una sterilizzazione *in situ* si potrebbe avere una riduzione di produzione di rifiuti pericolosi e un risparmio anche per gli ospedali.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Sulla prima domanda ho qui la scheda che c'è stata offerta dall'Istituto superiore di sanità. C'è ancora un elemento di differenziazione che viene indicato da loro nella modalità con cui smaltire i residui delle mascherine utilizzate dai casi positivi rispetto a quella dei casi che non hanno una positività virale. Questo è comprensibile. Io ritengo che sia connesso evidentemente a una maggiore pericolosità della prima fattispecie. Mi sia consentita anche in questo caso una premessa più di insieme che credo possa essere utile per questa domanda come per le altre. La stessa comunità scientifica sul piano globale si è trovata di fronte a una grande novità. Nessuno aveva contezza di quali fossero effettivamente le reazioni del virus ad esempio sui tessuti, la reazione del virus rispetto alle temperature. Sono conoscenze che si sono andate consolidando solo col

passare delle settimane. Il dibattito a cui abbiamo assistito, che è stato spesso un dibattito pubblico della comunità scientifica globale, non ci deve sorprendere, perché essa stessa si è trovata di fronte a un'innovazione. Voglio ricordare che il virus viene conosciuto e identificato per la prima volta nel mese di dicembre formalmente in Cina e a Wuhan e viene offerto all'attenzione dell'opinione pubblica attraverso l'Organizzazione mondiale della sanità. I primi dati in Europa, e stiamo parlando però di dati molto puntuali, cioè di casi singoli, avvengono nella seconda metà del mese di gennaio. I primi casi in Italia sono del 30 gennaio. C'è una conoscenza che si approfondisce in Europa dall'inizio di febbraio e poi in maniera più significativa nel mese di marzo. I casi più significativi di Codogno e di Vo' Euganeo risalgono all'ultima settimana di febbraio. Quindi è evidente che c'è una ricerca che è ancora in corso e quando questa ricerca non ha completato il suo percorso, la scelta che si fa è sempre la scelta della massima precauzione. È evidente che anche in questo caso la risposta che io do rispetto alla domanda puntuale che arrivava e cioè della necessità o meno di differenziare una mascherina utilizzata da un caso positivo rispetto a una mascherina non utilizzata da un caso positivo...

GIOVANNI VIANELLO. Mi scusi, Ministro, mi sono espresso male io. Non mi riferivo alle mascherine su cui è stato molto chiaro. Mi riferivo agli RSU (rifiuti solidi urbani), ai rifiuti prodotti dalle abitazioni. Siccome l'Istituto superiore di sanità ha dato un parere in cui invita a metterli nell'indifferenziato. Volevo solo chiarire...

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. La posizione formale è ancora quella, ma è una posizione che dovete leggere anche in termini di massima precauzione, perché la scienza fino a quando non ha elementi di solidità, la linea è comunque una linea di massima precauzione che io credo potrà essere superata quando elementi di evidenza scientifica ci segnaleranno che ci si può muovere in maniera

diversa. Sulla sterilizzazione dei siti c'è uno studio in corso da parte dell'Istituto superiore sanità e io auspico che anche su questo possa arrivare una risposta ferma nel più breve tempo possibile.

ANDREA FERRAZZI. Lei molto opportunamente ha concentrato molto la questione sui DPI e sulla necessità di contenere la produzione. In questa Commissione abbiamo già affrontato più volte questo dato. Ormai sembra chiaro che la produzione quest'anno sarà di parecchie migliaia di tonnellate. Si parla circa di 300.000 tonnellate, 200.000 di guanti e 100.000 di mascherine, tra l'altro con una tipologia di materia per guanto che è elevatissima e di numerosissima diversità, più di sessanta tipologie, quindi questo pone anche un tema poi eventualmente di tutto il processo successivo. Per evitare questo io credo che sia all'interno della cornice di cui lei ha parlato, cioè sul fatto che questa cosa è nuova e quindi molte domande trovano risposta in itinere, io credo che vada fatta chiarezza su alcune questioni di base. Alcune le ha già dette, ma vorrei approfondirle, relativamente in particolare alle mascherine, perché sono l'elemento che si interpone in maniera più efficace al passaggio del virus. Il ricondizionamento, decontaminazione, sanificazione, chiamiamola come vuole, la devono scrivere i produttori. Io oggi pomeriggio sono andato a comprare questa mascherina qui in una farmacia al centro di Roma e ho chiesto una FFP2. La FFP2 c'era, ma c'era una scatola di cartoncino con scritto fuori FFP2 e pochissimo altro. Dentro c'era la mascherina con nessun simbolo. Non c'era nemmeno scritto FFP2. Immaginiamoci se dentro avessi potuto trovare in questa condizione le indicazioni sull'utilizzo plurimo, ore di utilizzo, lavaggio, sanificazione eccetera. Io credo che su questo noi dobbiamo chiedere un po' di chiarezza proprio per la questione di cui parlavo prima. Altra questione di fondo è sulle ore di utilizzo, perché le notizie che abbiamo sulle otto ore di utilizzo o meno, io non ho mai trovato un dato scientifico o meno che lo ratifichi, quindi volevo chiedere a lei se c'è qualcosa. Altra questione banale, ma che poi non è

banale per le conseguenze, la questione delle mascherine con valvola. Proteggono soltanto chi le indossa o no? È provato? C'è qualche studio? La mascherina chirurgica protegge chi la indossa o solamente la persona incontrata? Sono naturalmente questioni molto semplici, ma ritengo che per fare, e serve davvero a livello generale, una chiarezza, in modo tale che si possa anche in questa direzione trovare un giusto equilibrio nell'utilizzo tra la sicurezza di chi indossa, la sicurezza di chi si incontra e la riduzione assolutamente necessaria di tutti i rifiuti.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Anche in questo caso mi permetto di rispondere brevemente. Come indicavo nella mia relazione, abbiamo sostanzialmente tre tipi di mascherine che tra l'altro sono disciplinati anche dagli ultimi decreti approvati dal Governo. Una tipologia di mascherina, che possiamo definire « mascherina di comunità », è sostanzialmente un prodotto che non ha un regime di natura autorizzatoria e che consente un'adeguata protezione delle vie respiratorie. La mascherina di comunità è quella che può avere una diffusione più massiva e che sul piano del ciclo dei rifiuti è quella che in questo momento offre maggiori garanzie, nel senso che la mascherina di comunità può essere tranquillamente riutilizzata e la mascherina di comunità non è né un dispositivo medico come invece la mascherina chirurgica e né un dispositivo di protezione individuale, come invece le mascherine FFP2 e FFP3, quindi siamo su tre fattispecie tra loro diverse. La mascherina chirurgica è un dispositivo medico, la cui funzione fondamentale è evitare che una carica virale presente nel soggetto che la indossa possa uscire e arrivare ad altri soggetti. Le mascherine FFP2 e FFP3, che noi indichiamo sostanzialmente per l'utilizzo del personale sanitario, la FFP2 ha una gradazione leggermente più bassa rispetto alla FFP3, la FFP3 andrebbe utilizzata sostanzialmente per i casi più estremi, cioè quelli della possibilità di un aerosol. Viene usata in situazioni di confronto ancora più serrato col rischio di contagio, un medico che è costretto per esempio a un intervento di-

retto su una persona che ha già una comprovata carica virale positiva. Come ho provato a dire nella relazione, su queste due fattispecie al momento ci sono numerosi studi e ricerche in corso che però non hanno dato ancora elementi di certezza e al momento la stragrande maggioranza dei prodotti che sono in commercio sul mercato mondiale le indicano come « monouso ». Il monouso è vincolato comunque a un momento giornaliero. Si pensi che l'utilizzo per cui queste mascherine sono nate è un utilizzo di natura professionale ed è chiaro che il turno sostanzialmente veniva considerato il limite massimo di utilizzo di un prodotto di questa natura. Ove ci siano state esposizioni anche più significative, spesso il cambio dell'attrezzatura avviene addirittura più di una volta durante il turno, però stiamo parlando di una fattispecie chiaramente di esposizione particolare. Questo è lo stato dell'arte. Questa è la fotografia dei dispositivi oggi presenti sul mercato. È chiaro che se si vede il punto di vista della tutela dell'ambiente, dell'attenzione al ciclo dei rifiuti che io ritengo essere, lo ribadisco, in modo particolare in questa seconda fase, da considerare come un punto su cui concentrare le attenzioni del Governo e del Parlamento. Ho provato a differenziare anche i momenti. È chiaro che in una prima fase fondamentale la priorità assoluta non poteva che essere e non può che essere salvare le vite alle persone. In questa seconda fase io credo che la produzione, la ricerca scientifica e la ricerca tecnologica debbano portarci a investimenti che ci accompagnino in un terreno di riduzione dell'emissione di rifiuti da tutti i punti di vista. Mentre questo è già assicurato sul terreno delle mascherine cosiddette « di comunità », è ancora oggetto di una ricerca che non ha prodotto risultati quantitativi in questo momento e qualitativi sufficienti. Credo di aver dato una risposta organica.

CHIARA BRAGA. Voglio ringraziare il Ministro non solo per il lavoro svolto alla guida del Ministero in questi mesi difficilissimi, ma anche per l'accuratezza della sua relazione, per i dati che ci ha fornito, per il quadro molto preciso e anche per la

documentazione che ci lascerà e che sarà utile per il lavoro che svolge questa Commissione. Lei ha anticipato nel suo intervento molte delle questioni oggetto di interesse di questa Commissione. Io ho per lei una domanda molto diretta e può decidere di rispondermi adesso o di raccogliermela, perché è davvero una domanda puntuale. Volevo chiedere se il Ministero ha approntato durante la fase principalmente dell'emergenza delle misure specifiche, delle indicazioni fornite agli istituti ospedalieri e alle RSA per la gestione dei materiali, in particolare di protezione individuale, utilizzati dagli operatori e anche dalle altre persone, se c'è stata un'indicazione dal Ministero specifica su questo punto.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Le circolari indicate dal Ministero emesse sono state tantissime durante queste settimane e chiaramente avevano sempre come riferimento principale le regioni, perché il nostro modello sanitario non è un modello sanitario in cui c'è una relazione diretta tra Stato e singolo ospedale, singola struttura territoriale, singola residenza socio-assistenziale. È una struttura in cui la regione è il fulcro. C'è un elenco larghissimo di circolari emesse in queste settimane. Sono circolari eminentemente di tipo sanitario. Sulle questioni dell'impatto ambientale dei rifiuti mi sentirei di dire che alcune indicazioni sono sicuramente state date. Ci sono delle circolari sicuramente emesse, ma che il pezzo più organico di lavoro, anche in termini di studio, è stato affidato in termini di responsabilità all'Istituto superiore di sanità e mi pare che il documento più strutturato sia quello che ho menzionato e che deposito alla disponibilità della Commissione e del Parlamento

ROSSELLA MURONI. Grazie, Ministro per le informazioni che ci ha dato molto utili e molto puntuali, che ci aiutano a svolgere il nostro lavoro. Io volevo solo segnalarle che una delle indicazioni date dall'Istituto superiore di sanità con un documento dedicato sta creando nella trasformazione in direttive da parte delle regioni

un po' di problemi. Mi riferisco alle direttive in particolare sulla ristorazione e i bar, in cui sostanzialmente le linee guida date dall'Istituto superiore di sanità e dall'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL) che sono ben scritte, vengono poi tradotte territorialmente e regionalmente con sostanzialmente un invito al monouso, che come lei ha giustamente e opportunamente segnalato nella sua relazione, non è necessario da utilizzare ai fini della sicurezza. Le segnalo l'ordinanza della regione Campania, la n. 48 del 17 maggio 2020, che citando il documento dell'Istituto superiore di sanità e dell'INAIL sostanzialmente dà un'indicazione sull'utilizzo del monouso sia stoviglie che tovaglie. Mi chiedo se fosse possibile un intervento o ulteriori indicazioni per spiegare meglio questo fattore di non necessarietà del monouso per quanto riguarda la sicurezza, perché nel frattempo noi siamo di fronte comunque a una campagna informativa battente sul fatto che la plastica, il monouso sia la cosa più sicura da fare e questa è una cosa che noi dobbiamo contrastare. Per questo l'altra parte che volevo sottolineare della sua relazione riguarda quella sull'informazione alle persone da fare in accordo con il Ministero dell'ambiente, perché siano date ai cittadini indicazioni il più trasparenti e chiare possibili su che cosa è sicuro e che cosa non è sicuro. Lei diceva della plastica nella frutta e verdura. È pazzesco, perché in realtà quello ha più passaggi di mano in realtà, la confezione, se proprio vogliamo, poi anche su una campagna di educazione e di informazione sul fatto che mascherine e guanti non vanno gettati in giro, perché purtroppo ci troviamo di fronte a questa condizione, quindi se il Ministero della salute e il Ministero dell'ambiente su questo faranno una campagna informativa e di sensibilizzazione credo che uno dei problemi potremmo affrontarlo anche in questa maniera.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Prendo atto dell'intervento dell'onorevole Muroli. Verificherò questa disposizione della regione Campania prontamente. Proprio stamattina anche in vista di questo

passaggio in Commissione mi è sembrato corretto un momento di confronto col Ministro dell'ambiente che ho trovato sensibile. Credo che sia il Ministro che abbia anche un rapporto, per delega evidentemente, forse più organico più strutturato con i lavori di questa Commissione. È nostra intenzione mettere in campo nella gestione della Fase 2 anche una corretta informazione che aiuti a limitare le esternalità negative di questo utilizzo massivo dei dispositivi di protezione.

LUCA BRIZIARELLI. Mi aggiungo, Ministro, ai ringraziamenti. Raccolgo anche il suo invito a poter approfondire i cinque temi che ci poneva come pilastri dell'azione del Ministero e del Governo. Vado alle domande secche per guadagnare tempo. Prima domanda, sulle forniture relative alla prima fase avete immaginato, riguarda anche la nostra Commissione in particolare, indagini, inchieste, controlli a campione. Viste anche le notizie che si sono diffuse e anche alcuni servizi che sono stati resi pubblici, un impegno in questo senso da parte del Governo e della Protezione civile anche lineare in tutto il territorio sarebbe importante. Secondo aspetto, relativo alle RSA, ai soggetti deboli eccetera, se non ricordo male, le linee guida del Ministero sono del 17 aprile. In questo caso così, come in molti altri per le linee per la sanificazione e l'igienizzazione, si è scelta la forma delle linee guida e non di fonti normative, una cosa che abbiamo chiesto anche al Ministro Costa, quindi se su questo c'è la volontà del Governo, alcuni articoli, alcuni commi del DPCM, del disegno di legge vanno in questo senso, però capire se c'è la volontà organica di fornire delle indicazioni più stringenti. Terza domanda, relativamente alla rete ospedaliera, in particolare ai respiratori polmonari e all'aumento del 115 per cento dei posti in terapia intensiva. Si è letto che saranno considerati in comodato d'uso i ventilatori polmonari forniti alle regioni: volevo capire se questo è confermato, cioè la possibilità della Protezione civile e del Governo di richiederli comunque in caso di eventuali altre emergenze. Ultima domanda su questa parte, test, tamponi e anche reagenti, quindi an-

che su questo se c'è poi l'intenzione di verificare che cosa non abbia funzionato nelle quantità richieste e fornite e collegato al rafforzamento del controllo e delle *app* se abbia intenzione di raccogliere l'indicazione di rivedere l'algoritmo per quanto riguarda l'Rt, sollevato dalla regione Umbria che ha prodotto visto il numero di casi assoluti bassi, ma percentualmente elevati un'indicazione di rischio medio per l'Umbria che in realtà è una delle regioni che ha avuto meno contagi. Relativamente alla Fase 2, e concludo, quindi agli aspetti strutturali, non intervengo e la ringrazio per la puntuale e approfondita informazione sui dispositivi individuali. Invece mi soffermo sui rifiuti domestici e i rifiuti ospedalieri. Per i rifiuti domestici se sia stato preso in considerazione un ristoro per i gestori e/o i comuni per i servizi aggiuntivi che i gestori hanno dovuto sostenere per gestire in maniera differente i rifiuti domestici dei soggetti in quarantena o positivi, cioè se questo tema insieme al Ministro dell'ambiente Gualtieri l'abbiate esaminato e se nella gestione della Fase 2 i rifiuti ospedalieri abbiano avuto un'indicazione chiara. Si va verso la sterilizzazione, la termovalorizzazione non solo per la fase di emergenza. È ovvio che così come per il lavanolo e i vari servizi la gestione sanitaria del rischio sarà differente. Faccio per esempio, non è una domanda, la sanificazione prima dei materassi magari era una volta l'anno, ora magari è ogni volta che cambia il paziente, cioè ci saranno delle regole di ingaggio necessariamente differenti, se avete cominciato a prendere in considerazione questi aspetti, auspicando che si passi stabilmente a una fase successiva di gestione non dell'emergenza ma della convivenza con il virus.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. A me fa piacere rispondere, anche perché è l'occasione per provare a esternare a una Commissione, che è comunque una diramazione importante del Parlamento, un pezzo del lavoro che stiamo facendo e mi fa assolutamente piacere poter rispondere. È chiaro che la risposta a tutti questi temi porterebbe un tempo enorme. Parto dall'ultimo punto. In questo

decreto « rilancio » al comparto salute sono dedicati 3 miliardi e 250 milioni di euro. Nel decreto « marzo », al decreto « salute » è stato dedicato 1 miliardo e 500 milioni. Nella legge di bilancio dopo anni non facili abbiamo investito 2 miliardi sul fondo sanitario nazionale più 181 milioni per l'abolizione del superticket che entrerà in vigore il primo di settembre. La fotografia di questi cinque mesi, per ragioni storiche, perché è arrivato il coronavirus che rappresenta una nuova centralità, ci consegna lo stesso investimento sul Servizio sanitario nazionale che si è visto nei cinque anni precedenti. Lo dico perché penso che questo sia un valore per il nostro Paese, sia un valore per il nostro Parlamento e sia un valore perché proviamo a interpretare una nuova centralità. Dentro queste risorse che sono risorse sinceramente inedite rispetto alla storia del Servizio sanitario nazionale siamo dinanzi chiaramente anche alla necessità di coprire costi nuovi, perché ci rendiamo conto benissimo che gli standard che sono richiesti chiaramente a tutte le varie articolazioni del nostro Servizio sanitario nazionale richiedono un investimento economico molto significativo. Provo a toccare velocemente tutte le domande che sono domande molto significative. Sul l'R0, il meccanismo di monitoraggio che noi abbiamo costruito, e che attraverso una cabina di regia di cui fanno parte il Ministero della salute, le regioni e l'Istituto superiore di sanità ci consentirà di monitorare giorno per giorno l'evoluzione della curva epidemiologica nel nostro Paese, ha dentro di sé la lettura di ventuno criteri che appartengono a tre macroaree. L'R0 è uno di questi ventuno. È evidente che nel dibattito pubblico l'R0 viene percepito come un elemento fondamentale ed effettivamente R0 è molto importante, perché segnala in qualche modo l'indice del contagio e cioè che cosa avviene di fronte alla capacità di evoluzione della dinamica epidemiologica, ma non è un solo criterio a definire l'intero spettro del monitoraggio. Questo è uno dei criteri e chiaramente l'R0 di un determinato tipo non è sufficiente da solo a indicare qual è lo stato di rischio reale. Ci può essere anche un momento

dovuto a un picco epidemico in un particolare territorio, per esempio la scoperta di un *cluster*. Questo è avvenuto in alcuni territori del nostro Paese da ultimo e rispetto alla scoperta di un *cluster* soprattutto in una regione semmai dai numeri abbastanza raccolti, questo cluster può immediatamente segnalare un R_0 che sale; ma il cluster lo si può immediatamente controllare. Questo è accaduto. Ci sono stati casi nel nostro Paese per esempio di funerali in alcune province che hanno portato immediatamente a un innalzamento dell' R_0 . Se è una regione piccola con numeri abbastanza sotto controllo e limitati, basta un evento di questo tipo a produrre un *cluster* e darci la fotografia di un R_0 che si alza. Questo non significa che immediatamente bisogna far scattare misure di nuovo *lockdown*, ma tra i ventuno criteri che abbiamo indicato c'è anche questo. Quali sono altri criteri per esempio? Il tasso di saturazione delle terapie intensive. Non è banale, se si hanno (uso numeri casuali) cento terapie intensive e ne sono occupate novanta o ne sono occupate cinquanta o ne sono occupate dieci. Tra i ventuno criteri c'è anche questo criterio oppure ad esempio uno dei criteri è il tempo che passa tra l'inizio dei sintomi e il tampone. Se il tempo è molto breve, significa che la macchina territoriale è molto veloce e in grado di aggredire un nuovo potenziale cluster. Voglio essere breve, perché altrimenti andiamo forse troppo fuori tema rispetto alla valenza, però la domanda sull' R_0 mi sembra una domanda importante. È sicuramente uno degli elementi fondamentali, ma va letto e declinato dentro un contesto, cioè ciascuno di questi criteri è un pezzo di un organigramma, di uno schema che noi abbiamo costruito che attraverso un algoritmo ci porta poi a dire se c'è un rischio alto, se c'è un rischio moderato o se c'è un rischio medio. È solo sulla base della ponderazione complessiva che i presidenti di regione come da comma 11 dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 di aprile possono decidere di intervenire in maniera puntuale con misure di restrizione ulteriori. Sulle terapie intensive, l'investimento che ha fatto il Go-

verno è molto significativo. All'inizio di questa epidemia il nostro Paese aveva una dotazione di 5.179 terapie intensive *ante* coronavirus. Che cosa è accaduto? La preoccupazione dell'evoluzione della dinamica epidemiologica nel nostro Paese ha portato le regioni ad attrezzare e organizzare nuovi posti letto in terapia intensiva. Lo si è fatto con acquisti straordinari di ventilatori che sono stati in parte fatti dalle regioni e in buonissima parte fatti dal commissario straordinario. È chiaro che gli acquisti fatti dal commissario straordinario sono stati trasferiti alle regioni con la modalità che prima veniva indicata dal senatore che ha preso la parola, ma nella fase che ora si apre con gli investimenti del decreto « rilancio », noi trasferiamo come Governo, risorse molto significative per stabilizzare queste terapie intensive, perché le terapie intensive che abbiamo costruito e attrezzato in queste settimane, sono terapie intensive costruite nell'emergenza, che hanno spesso sottratto spazi e personale alle altre ordinarie patologie. Noi vogliamo invece costruire in modo permanente una dotazione a tempo indeterminato, quindi per sempre, nel nostro Paese, di nuovi posti letto in terapia intensiva che siano ulteriori e addizionali, non sostitutivi rispetto ad altri posti letto, ma compiutamente addizionali. È la fotografia di un Paese che sarà, ci auguriamo anche dopo la vicenda coronavirus, più attrezzato nell'affrontare sfide di natura epidemica e comunque che avrà una dotazione di posti letto molto, molto superiore. Stiamo parlando di numeri che ci porteranno a oltre gli 11.000, quindi a più 115 per cento. Ancora, mi veniva chiesto della vicenda delle fonti normative. È chiaro che dentro questa emergenza abbiamo utilizzato fonti normative di tutti i tipi, fonti normative primarie, come quelle dei decreti-legge che sono stati convertiti dal Parlamento, fonti normative come quelle del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che comunque veniva previsto da una fonte normativa primaria come quella del decreto-legge ed evidentemente altre fonti normative previste dall'articolo 32 della legge 833 del 1978 che dà al Ministro della salute per la competenza

nazionale, al presidente della regione per la competenza regionale e anche al sindaco per la competenza comunale un potere di ordinanza sulle materie che hanno a che fare con la tutela del diritto alla salute. Io penso che dentro un'emergenza inedita abbiamo usato tutti gli strumenti che la disciplina ci consentiva. Da ultimo mi veniva chiesto sulle mascherine. Sulle mascherine ci sarebbe un lunghissimo discorso da fare, però è evidente che in una prima fase di questa vicenda tutta l'Europa si è trovata in grandissima difficoltà, perché sostanzialmente la produzione di questo bene è stata negli anni definita dentro la divisione internazionale del lavoro, consentitemi questa espressione forse un po' antica, è stata portata nella disponibilità dei Paesi non occidentali. Io penso che questo oggi debba essere necessariamente superato. In una prima fase tutti i Paesi europei hanno dovuto lavorare sul mercato internazionale attraverso acquisti molto significativi e l'Italia stessa ha prodotto sforzi enormi. Io sono grato del lavoro fatto dal commissario Arcuri, da Borrelli su questo terreno per gli acquisti, ma è evidente che la soluzione che poi a un certo punto il Governo italiano ha scelto è quella di avere un'autonoma produzione e abbiamo elementi che oggi ci consentono di dire che nel giro di pochi mesi noi saremo nelle condizioni di mettere in campo una produzione autonoma di mascherine sul territorio italiano che ci consentirà sostanzialmente di essere indipendenti dal mercato internazionale. Io credo che questa sia una scelta saggia che va nella direzione di evitare i rischi che abbiamo visto prima. Mi veniva chiesto anche dei test, delle *app*. Anche qui noi siamo e restiamo uno dei Paesi che rispetto alla popolazione hanno fatto un numero molto significativo di tamponi. Come sapete, non va confuso il tampone cioè il test molecolare sull'RNA che è l'unico in grado di identificare la presenza o no virale di un soggetto, con il test sierologico. Il test sierologico non ci dice se una persona è positiva o negativa, cioè se ha la carica virale dentro di sé, ma ci dice semplicemente se nel suo sangue si sono sviluppati gli anticorpi che sono reazione rispetto a

quel virus. Noi stiamo producendo una strategia a più livelli in cui da una parte c'è un campionamento nazionale su 150.000 persone, questi test sierologici partiti da pochi giorni, che ci consentirà di capire esattamente che cosa è avvenuto in Italia e dall'altra parte stiamo continuando a lavorare per rafforzare la nostra capacità di produrre tamponi. Questo avviene anche attraverso l'utilizzo di reagenti. I reagenti che usano le regioni sono diversi tra loro. I modelli non sono equiparabili. Nelle ultime settimane c'è stata una gara fatta dal commissario straordinario che ha prodotto anche un risultato molto interessante in termini di partecipazione nel confronto con le regioni. Ci auguriamo anche su questo tassello di rendere più forte la nostra capacità di *contact tracing* che è una delle armi vere per affrontare la Fase 2. Credo di aver risposto a tutte le domande.

PRESIDENTE. Ha risposto sui rifiuti ospedalieri?

ROBERTO SPERANZA, Ministro della salute. Era la mia prima risposta, cioè le nuove risorse che stiamo investendo serviranno anche per questo. Ero partito esattamente da questo punto.

ALBERTO ZOLEZZI. Ringrazio il Ministro per il lavoro fatto e per essere qui in audizione. Io volevo porre qualche quesito sulle acque reflue della depurazione civile. Ho letto alcuni studi, alcuni articoli per cui risulta che sia stato trovato il virus, anche se sembra che non sia comunque pericoloso, all'interno delle acque e dei materiali legati alla depurazione; vorrei chiedere se sono state stabilite delle procedure ulteriori rispetto alle procedure ordinarie di sicurezza per gli operatori del settore e che cosa eventualmente potrebbe succedere nelle aree dove invece la depurazione non è particolarmente adeguata. In Italia, e in questa Commissione ce ne stiamo occupando, con l'arrivo della stagione estiva in aree con criticità nella depurazione, questo potrebbe eventualmente dare problematiche? State studiando il problema per quanto riguarda i due casi: operatori dove la de-

purazione funziona e rischi per la popolazione generale dove la depurazione non funziona? Per quanto riguarda le aree dove esiste la depurazione, esiste il trattamento chimico dei fanghi, in particolare vengono prodotti i correttivi, il 95 per cento in Emilia-Romagna, il 100 per cento nella stessa Lombardia. Ci sono varie inchieste, e anche situazioni ispettive di cui ci siamo occupati anche con questa Commissione, dalle quali emerge che non sembra l'eccezione che il trattamento sia opinabile; parliamo però di processi e indagini in corso, quindi non c'è niente ancora di definito, sicuramente fa riflettere il fatto che sembra la regola la presenza di un trattamento chimico molte volte non particolarmente adeguato, vista la diffusione di questo tipo di trattamenti. Nei documenti ISS non mi sembra che ci sia un riferimento specifico, si dice che anche il trattamento chimico va bene, però probabilmente essendo una realtà nazionale e critica vorrei stimolare la sua attenzione su questo punto. Riprendo anch'io la domanda del senatore Brizzarelli, chiedendo se nello specifico state studiando la sterilizzazione *in situ* presso le strutture sanitarie, con lo stimolo eventualmente a diffondere questo metodo per trattare rifiuti sanitari a rischio infettivo.

PRESIDENTE. Effettivamente il tema della depurazione delle acque, sul quale esiste una indagine della Commissione, è un tema molto importante. Già l'Istituto superiore di sanità ha detto che, se la depurazione delle acque è fatta in maniera corretta, non ci sono particolari rischi della diffusione del Covid-19. Il problema è che in Italia ci sono tanti centri abitati che non hanno una corretta depurazione e per questo motivo siamo in procedura di infrazione europea; integrando la domanda dell'onorevole Zolezzi, chiederei se si stanno facendo dei controlli e come cambia la situazione, vista l'emergenza.

ROBERTO SPERANZA, Ministro della salute. Credo che il problema esista nel nostro Paese ed è giusto il massimo sforzo a prescindere dalla vicenda del virus, perché le indicazioni che vi dava da ultimo

l'Istituto superiore di sanità e che venivano riferite al presidente sono frutto di una considerazione che io riterrei abbastanza consolidata nel dibattito della comunità scientifica e cioè che la capacità di permanenza del virus fuori dall'essere umano è comunque una capacità limitata, per cui la trasmissione di contagio che viene ritenuta ordinaria, classica, nella stragrande maggioranza dei casi, avviene attraverso la trasmissione tra esseri umani. C'è anche un ambito di ricerca che sta indagando e valutando se si tratta di esseri umani o addirittura esseri viventi. Ci sono stati elementi di dibattito nella comunità scientifica anche sulla parte animale. Sulla questione delle acque reflue, che ribadisco per me è un tema prioritario e che credo vada analizzato anche a prescindere dalla vicenda coronavirus, ci sono degli studi in corso. A me risulta che c'è uno studio specifico dell'Organizzazione mondiale della sanità che è oggetto ancora di una valutazione. L'Istituto superiore di sanità è connesso quotidianamente sia con l'OMS che con il *Center for disease control and prevention* (CDC). È materia su cui ancora non vi è un'evidenza scientifica consolidata, ma quello che la comunità scientifica ci consegna come elemento ormai solido è che i contagi dei quali siamo venuti a conoscenza, sono contagi che avvengono attraverso relazioni interumane. Io credo che questo sia il messaggio più forte che si può provare a dare.

TULLIO PATASSINI. Ringrazio il Ministro per la sua presenza fisica, anche perché è un'occasione importante di confronto e di questo le va reso merito e la ringraziamo ancora come hanno fatto gli altri colleghi. Vorrei limitarmi semplicemente a un paio di domande specifiche sul tema che stiamo affrontando questa sera a prescindere dalle situazioni più ampie che poi saranno oggetto di altre soluzioni. Ci è stato dichiarato nelle precedenti audizioni che il 90 per cento dei rifiuti di natura ospedaliera vengono trattati in senso lato negli impianti del Nord-Italia. Quindi voi avete previsto magari delle attività specifiche da fare in altri territori, in altre regioni, in altre zone? Perché di fatto ab-

biamo dei camion che vanno su e giù per l'Italia con rifiuti potenzialmente pericolosi. Avete in mente o avete già avviato studi o test per verificare, in caso di abbancamento in discarica di rifiuti derivanti anche da attività di vita urbana, la resistenza del virus o comunque la presenza oltre un tasso di decadimento normale del virus stesso? Questo perché è un'educazione per il futuro; noi la mettiamo in senso positivo, perché uno studio fatto in Italia può essere utile anche per altri Stati o anche per lo stesso OMS. Lei è a conoscenza se all'interno del suo Ministero o nelle strutture che sono indirettamente collegate al suo Ministero esistono e sono operativi dei gruppi di lavoro che si occupano in maniera specifica del tema rifiuti? Lo dico come termine generale, le procedure, le operatività, le modalità di azione dei vari soggetti che si occupano di trattamento e smaltimento rifiuti. Da ultimo se può rispondere a questa domanda: rispetto a tutto quello che sta succedendo in termini di DPI, state studiando protocolli con le forze dell'ordine o con l'agenzia delle dogane o con soggetti controllori per verificare comunque la qualità del materiale che viene utilizzato in Italia e che quindi viene comunque commercializzato?

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Provo a rispondere anche a questa domanda sul materiale. Per quanto riguarda la dislocazione geografica, credo che siano competenze primarie del Ministero dell'ambiente, quindi mi permetterà di non entrare dentro una materia che non è strettamente di mia competenza. Sulla resistenza del virus gli studi sono ancora in corso. Quello che sappiamo è che fuori dal corpo umano la resistenza del virus è molto limitata. Dipende da fattori esterni. Comunque tutti gli scienziati considerano che la stragrande maggioranza, in termini percentuali molto alta, di trasmissione avviene attraverso l'uomo, quindi la parte di trasmissione che avviene in maniera indiretta è comunque considerata una parte marginale. Il pezzo del Ministero della salute che lavora su questi ambiti è chiaramente quello della Direzione generale della prevenzione, a cui capo c'è il dottor Rezza, che fino a

poche settimane fa svolgeva una funzione di primo piano proprio sulle malattie infettive presso l'Istituto superiore di sanità che ha esso stesso risorse che lavorano esattamente sulla questione ambiente e rifiuti. Sul materiale, c'è una verifica e un monitoraggio che viene fatto in modo costante anche con una differenziazione di competenze prevista dal decreto-legge approvato il 9 marzo sui dispositivi di protezione individuale e i dispositivi medici. L'autorizzazione per i dispositivi medici è competenza dell'Istituto superiore di sanità. L'autorizzazione per i dispositivi di protezione individuale, le FFP2 e le FFP3 è invece competenza dell'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL). Sono procedure che sono state messe in campo, anche se in via straordinaria, ma comunque con grande rigore, tanto da avere anche qualche momento di dibattito pubblico sulla velocità di questa procedura, ma io penso che quando si autorizza una mascherina o un dispositivo con cui va il nostro personale sanitario è chiaro che la velocità non è indifferente in questa fase, ma è fondamentale anche che i controlli vengano fatti con la massima accuratezza e quindi ad oggi la procedura prevede un'autorizzazione che nel caso delle FFP2 e delle FFP3 avviene attraverso l'INAIL, nel caso delle mascherine chirurgiche avviene attraverso l'Istituto superiore di sanità. Sono numerosissime ormai le aziende che sono state autorizzate sia alla produzione che alla commercializzazione e chiaramente la stessa autorizzazione arriverà per le mascherine che vengono prodotte in Italia e che saranno una produzione non di natura privata, ma che saranno frutto dell'iniziativa diretta che stiamo mettendo in campo e che ha proprio la finalità di renderci pienamente autosufficienti rispetto al mercato internazionale.

MASSIMO VITTORIO BERUTTI. Molte risposte sono già state date in merito ai quesiti che volevo porre. Farei solo una puntualizzazione che va leggermente fuori dal binario, ma è molto rapida. Lei ha parlato delle terapie intensive e di un aumento delle stesse. L'aumento porta alla sottrazione dei posti letto, perché in emer-

genza si sono trovate soluzioni un po' su tutto il territorio nazionale. Oggi questo discorso, che chiaramente dico: « Ben venga », nel senso che gli aumenti ben vengano, però la domanda è: a questo punto si pone in essere la necessità di revisione della Balduzzi in termini di posti letto e quindi di un sistema ospedaliero da rivedere? Anche perché è vero che c'è tutto il discorso territoriale, però c'è un discorso che chiaramente necessita comunque, anche perché l'ha detto lei prima, ha sottratto comunque spazi a quelle che erano le patologie tradizionali. È vero che ci siamo trovati in una fase di altissima emergenza e auspichiamo che questo non avvenga più o comunque sia un discorso nettamente più blando, però questo purtroppo non lo possiamo sapere, per cui questa era un po' la domanda che usciva un attimo dal binario, però sulle altre la ringrazio, perché è stato estremamente esaustivo.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. La ringrazio io, perché l'occasione è utile anche per chiarire forse in maniera più approfondita questo passaggio che io credo sia molto rilevante, perché nel decreto « rilancio » ci sono 3 miliardi e 250 milioni, una cifra enorme, divisi sostanzialmente in due parti, più o meno la metà sul territorio e la metà sull'ospedale. La metà sull'ospedale è una metà che in buona parte servirà per attrezzare le nostre strutture classiche ospedaliere al coronavirus. Non sono solo le terapie intensive e subintensive. Per esempio investiamo oltre 200 milioni per il pronto soccorso. Che cosa faremo in quel pronto soccorso? Immaginiamo ingressi differenziati in tutti i pronto soccorso d'Italia, sale d'aspetto differenziate, perché un punto di sofferenza della vicenda coronavirus è stato persone che arrivavano contagiate al pronto soccorso e non essendo pronti ad avere spazi diversi, abbiamo purtroppo nei luoghi della cura in alcuni casi creato condizioni di promiscuità che hanno favorito il contagio, anche sulle ambulanze per esempio. Mettiamo soldi sulle ambulanze, perché? Perché in fase di coronavirus c'è bisogno di ambulanze specializzate per il coronavirus. Non deve andare la stessa ambulanza a pren-

dere una persona che ha avuto un infarto rispetto a una che è andata a prendere chi ha il coronavirus, perché hai lo stesso rischio di contaminazione. È chiaro che però l'investimento più grande in termini di sanità ospedaliera è attorno alle terapie intensive. Qui quali sono i numeri? 3.500 nuovi posti in terapia intensiva dentro le regioni che entro trenta giorni devono presentare dei piani, 300 nuovi posti in terapia intensiva mobili che significa che noi saremo nelle condizioni di avere le attrezzature a disposizione, di avere il personale a disposizione e di spostarle dovunque ve ne sia evenienza, perché in una possibile ipotetica seconda ondata non è dato sapersi già oggi dove questa seconda ondata può arrivare. Sappiamo dove è arrivata la prima volta, ma avere un tesoretto mobile di 300 terapie intensive ci può aiutare immediatamente a rafforzare qualsiasi territorio del Paese che dovesse averne bisogno. Poi ci sono 4.225 posti in terapia subintensiva, di cui la metà immediatamente convertibili in intensiva. Quindi è un'operazione straordinaria che ci porta a questo più 115 per cento. Voglio però ribadire il concetto che provavo prima a esprimere. I posti letto che abbiamo organizzato in queste ore di terapia intensiva sono stati in larga parte posti letto sostitutivi di attività che sono state sospese. Il nostro Servizio sanitario nazionale, quando è arrivata l'onda del coronavirus, per reggere l'urto, ha sospeso alcune attività classiche, ha rinviato gli interventi programmati e quindi quei posti letto che sono nati erano posti letto importantissimi che ci sono serviti in maniera straordinaria e bisogna riconoscere che il Paese ha risposto in modo molto, molto significativo, cioè il numero di posti letto attrezzati è imponente. Soprattutto in alcune regioni è stato fatto uno sforzo enorme, ma sono posti letto che abbiamo sottratto ad altre funzioni ordinarie. Qual è l'operazione che facciamo invece nel decreto « rilancio »? Non di natura sostitutiva, ma di natura aggiuntiva. Noi dobbiamo « restituire » quei posti letto sostitutivi alla funzione ordinaria e in maniera del tutto aggiuntiva utilizziamo questo miliardo e mezzo sulla ospedaliera per fare questo 115 per

cento che non sarà legato a una temporaneità. Il nostro auspicio è che da qui a un po' di tempo arrivi la buona notizia che in qualche parte del mondo il vaccino liberi definitivamente l'umanità da questo fardello, ma è evidente che le terapie intensive che mettiamo in campo saranno comunque un rafforzamento significativo del nostro Servizio sanitario nazionale, oggi per provare a essere pronti nel caso di una seconda ondata da qui all'arrivo del vaccino che noi auspichiamo arrivi nel più breve tempo possibile, ma oggi nessuno può avere elementi di certezza assoluta. La comunità scientifica sta facendo uno sforzo impressionante, senza precedenti, di natura globale. Non c'è angolo del mondo dove non si stia facendo una ricerca incessante con tutte le energie a disposizione, quindi siamo attenti, ma non c'è in questo momento scritto da nessuna parte che c'è una data certa in cui all'umanità verrà consegnato il vaccino. Quindi, fino ad allora, noi dobbiamo tenerci pronti anche per un'eventuale seconda ondata, ma anche se avessimo un giorno, che ci auguriamo sia il più presto possibile, sconfitto il coronavirus, aver dotato il Paese di questi posti letto, che lo ribadisco sono aggiuntivi e non sostitutivi, ci ha reso sicuramente più forti. Questa crisi globale senza precedenti ci consegna una nuova centralità del bene pubblico salute. In tutto il mondo aumenteranno nei prossimi mesi gli investimenti straordinari sul comparto salute e io credo che il nostro Paese deve mettersi pienamente in sintonia con questa spinta e i 3 miliardi e 250 che noi mettiamo in un colpo solo, ci sono state manovre di bilancio dove si mettevano 800 milioni, un miliardo. In un colpo solo qui ci sono 3 miliardi e 250. È frutto di una nuova centralità che la storia consegna alla salute, perché l'opinione pubblica mondiale prende dentro questo passaggio drammaticamente la piena consapevolezza della necessità di investire su un bene pubblico primario che è quello della difesa del diritto alla salute. È questo lo snodo della storia in cui siamo arrivati e io penso che il Parlamento italiano, il Governo italiano e le regioni italiane, finanche fuori dalle distinzioni di

coloratura, perché il Servizio sanitario nazionale, la legge n. 833 del 1978, e l'articolo 32 della costituzione sono il patrimonio più straordinario di civiltà di questo Paese. Io sono orgoglioso di un Servizio sanitario nazionale come quello che c'è in Italia, in cui per esempio se una persona sta male non conta quanti soldi si hanno, di quale territorio si proviene; si ha il diritto a essere curato. Io penso che noi dobbiamo metterci in sintonia con questa spinta e con questa nuova stagione dentro cui siamo che è stata una stagione drammatica, ma che dobbiamo provare almeno sul piano degli investimenti sulla salute oggi a valorizzare per una nuova stagione che in qualche modo può aprirsi.

PIETRO LOREFICE. Ad alcune delle domande che dovevo fare lei ha già risposto. Le vorrei chiedere in merito alla correlazione tra inquinamento atmosferico e diffusione del virus in riferimento allo studio della Società italiana in medicina ambientale (SIMA) e ad altri studi fatti oltreoceano; come Ministero, avete già un gruppo di lavoro, state approfondendo l'argomento? Il Ministro Costa ci ha detto che il Ministero dell'ambiente ha già dato un *input* in tal senso. Alcuni luoghi, come i mattatoi per animali, sono stati luoghi di diffusione del virus. Anche su questa tipologia di luoghi di lavoro avete fatto o state facendo degli approfondimenti? Ci sono delle procedure legate a questo tipo di attività? Come Ministero della salute avete monitorato l'aumento delle cremazioni rispetto alle tipologie di sepoltura standard, e il conseguente aumento dell'impatto ambientale legato all'incenerimento? Chiudo con una domanda che non ha una correlazione diretta alla Commissione: autopsie dei morti da Covid, a me risulta che ne sono state fatte poche; mi sa dire il perché?

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Su ambiente e salute stiamo lavorando insieme. Ci sono state svariate ricerche in giro per il mondo su questo tema, cioè sull'ipotesi che ci sia una correlazione tra una maggiore consistenza del virus e un tasso di inquinamento alto. In questo mo-

mento sono solo ricerche. Non c'è nessuna certezza che va in questa direzione. Io credo che l'Italia con il suo Istituto superiore sanità, con l'ISPRA, con una convergenza tra i due Ministeri può sicuramente muoversi in questa direzione, quindi la risposta è sicuramente positiva. C'è un contatto in corso costante, ma il Ministero dell'ambiente e il Ministero della salute usualmente collaborano su alcune questioni fondamentali. Sulla questione delle attività lavorative, il lavoro più importante è stato prodotto da INAIL che ha una rappresentanza dentro il comitato tecnico-scientifico ed è INAIL il punto di riferimento per la sicurezza dei lavoratori. Sono stati fatti molti studi e approfondimenti, a me risulta anche su questioni come quella che lei ha sollevato dei mattatoi, c'è un'attenzione specifica di questo pezzo del comitato tecnico-scientifico che chiaramente ha una competenza. Da ultimo, sulle autopsie il mio Ministero ha prodotto una circolare, credo a fine marzo/inizio aprile, che dava una serie di indicazioni sulla gestione sia cimiteriale che di eventuali autopsie che si riscontrassero. Chiaramente è stata una fase in cui tutte le energie ospedaliere si sono concentrate sulla necessità di combattere il virus ed è evidente che anche da questo punto di vista rispetto ai numeri... Non c'è stato intanto nessun divieto. Questo vorrei che sia chiaro, perché ho visto qualche dichiarazione che non era veritiera. Non c'è stato nessun divieto. Sono state date delle indicazioni su come svolgere in sicurezza anche questo tipo di intervento. È chiaro che io mi aspetto che in una fase di ritorno all'ordinarietà per tutte le funzioni che non fossero la ricerca del Covid e la cura del Covid, anche rispetto a questa fattispecie si possa ripristinare una compiuta normalità.

VINCENZO D'ARIENZO. Mi associo anch'io, Ministro, alle parole di apprezzamento per il ruolo che ha avuto in questo periodo nell'ambito del quale credo che lei abbia ben coniugato la saggezza e la responsabilità come viene riconosciuto al nostro Paese, per quanto riguarda il suo Ministero, anche da organismi di carattere internazionale. Condivido anche molto il

suo afflato per il rafforzamento della sanità pubblica quale elemento imprescindibile sia in questa fase molto delicata, ma a prescindere sempre. Io penso che in questa Commissione abbiamo la possibilità, visto il delicato tema del rapporto tra la gestione dei rifiuti e il virus, di analizzare sia ovviamente la parte relativa direttamente al virus, ma anche le conseguenze, una delle conseguenze già citate che è quella dell'aumento dei rifiuti dei monodose. È esattamente il contrario di quello che il nostro Paese sta facendo da anni per evitare che aumenti questo tipo di rifiuti, quindi auspico, non so se poi dal suo Ministero, ma penso di più a quello dell'ambiente, uno sforzo e da parte anche del Parlamento, per invertire quella tendenza. Mi preme sulla base delle esperienze che ho vissuto in una regione che è stata colpita in maniera importante dal virus di segnalare che, almeno per quanto mi consta, la gestione del rifiuto per tutti coloro che erano a casa, quindi non negli ospedali o perché positivi al virus o perché in quarantena. Poi magari speriamo che non si siano trasformati in soggetti positivi. In quelle occasioni io non ho ricordi che ci sia stata una gestione attenta dei rifiuti solidi urbani, per non dire che non c'è proprio stata, come ho cognizione diretta. Come pure non mi risulta onestamente di aver visto un trattamento diverso anche per le acque di scarico dei soggetti che erano a casa propria per quanto riguarda soggetti positivi. Sono preoccupato anche per quelle acque che in qualche modo poi soprattutto in molte parti del nostro Paese vengono utilizzate per l'irrigazione, quindi in agricoltura. Perché cito queste tre cose? Lei ha fatto giustamente riferimento al lavoro degli scienziati che hanno evidenziato che la gran parte della trasmissione del virus avviene attraverso i contatti umani, quindi la mia domanda era: vi sono studi scientifici che escludono, ad esempio prendiamo uno dei tre, quella del riverbero in agricoltura di acque che vengono utilizzate per l'irrigazione dei cambi o per l'abbeveramento degli animali, acque che possono contenere ovviamente il virus. Poi mi permetto una piccola domandina, anche se non riguarda

esattamente la nostra Commissione, tutta la parte della gestione dello spettacolo dal vivo, faccio fatica a immaginare come lo spettacolo dal vivo possa reggere a lungo con appena mille spettatori. Auspicio, fermo restando la tutela del diritto alla salute, che rispetto alle potenzialità dei luoghi dove si svolgono questi spettacoli possano essere previste delle deroghe.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Sul primo punto non risultano evidenze scientifiche sul trasferimento del contagio attraverso le acque dell'agricoltura. Siamo sempre dentro una ricerca, un percorso. Ad oggi questo è quello che la comunità scientifica ci dice, quindi non ci sono evidenze solide che vanno nella direzione che lei indicava. Sullo spettacolo dal vivo il Governo è consapevole della difficoltà che ha posto nell'indicare una norma che comunque riduce com'è noto a duecento gli spettatori potenziali in sede chiusa e a mille gli spettatori potenziali in sede aperta. È evidente che il nostro auspicio è che i dati epidemiologici possano consentirci da qui a un tempo che chiaramente monitoreremo con la massima attenzione di valutare ulteriori possibilità. Questo vale chiaramente per lo spettacolo dal vivo. Può valere per tutta una serie di altre attività sociali e culturali che siamo stati costretti a sospendere, a bloccare o a limitare. È chiaro che è un prezzo che il Paese ha dovuto pagare per piegare questa famosa curva dell'R0, per provare a far respirare i nostri ospedali, le nostre strutture sanitarie che hanno subito una pressione molto significativa in modo particolare a fine marzo e nel mese di aprile. Noi lavoreremo e abbiamo elaborato questo sistema di monitoraggio su ventuno criteri che ho provato velocemente a delinearvi proprio per avere una fotografia costante dell'evoluzione del quadro. L'auspicio chiaramente del nostro Governo, credo di tutta la comunità nazionale, sia che i dati del monitoraggio continuino a consegnarci una curva che si piega dal lato giusto come è oggettivamente avvenuto nelle ultime settimane. L'apertura del 4 maggio è stata la prima apertura costruita eminentemente attorno al cuore produttivo del nostro Paese, aveva a che

fare con l'industria, con l'edilizia, con la manifattura. Oggi possiamo dire che il Paese ha retto l'apertura del 4 di maggio. Avremo bisogno di aspettare ancora un po' di giorni, perché si consolidino i dati che riguardano una valutazione puntuale sull'apertura del 18 maggio, perché il tempo di incubazione del virus è mediamente tra i cinque e i sette giorni. Questo significa che i dati veri con cui si potrà misurare effettivamente cos'è avvenuto nel Paese necessitano ancora di qualche giorno di attesa. Il nostro sistema di monitoraggio è attivo e l'auspicio è che il percorso che abbiamo avviato il 4 maggio di graduale e prudente riapertura possa intensificarsi. Abbiamo un atteggiamento sempre di cautela e di prudenza, perché non possiamo permetterci di vanificare il lavoro straordinario che è stato fatto finora, non possiamo permetterci di vanificare anche i sacrifici fatti dagli italiani e siccome tante esperienze in giro per il mondo ci segnalano che un passo un po' più lungo può poi rischiare di farci tornare indietro, anziché farci andare avanti; io credo che la linea della prudenza debba guidarci. Siamo consapevoli dei problemi posti, ma è secondo me necessario valutare l'evoluzione veramente passo per passo e con grande prudenza e gradualità.

CATERINA LICATINI. Grazie per la presenza di oggi e grazie per il lavoro svolto in questo periodo. Io intanto la ringrazio anche per avermi dato la risposta a un quesito che avevo posto nell'interpellanza di venerdì scorso che riguardava le iniziative da adottare proprio per una corretta informazione in ordine all'assenza di rischi connessi all'utilizzo di stoviglie riutilizzabili da parte di bar e ristoranti. Sono contenta anche della risposta e dell'intenzione di avviare questa campagna di informazione. Poi anche in altre risposte ho avuto effettivamente un riscontro all'interpellanza che ho fatto. Io vorrei parlare in questa sede proprio della gestione nel monitoraggio e nel controllo del territorio a partire dalle attività produttive, le attività di lavoro e, di aggregazione, dove il monitoraggio è parte importante della sanità pubblica. In questo momento ci siamo resi conto proprio che la prevenzione è un'arma

indispensabile, importante in queste occasioni di grandi sfide come quella epidemica che stiamo vivendo e dall'altro lato il buon funzionamento del monitoraggio dell'assistenza territoriale è utile. Un buon funzionamento significa anche intervenire con facilità e rapidità nell'identificazione del contagiato. Chiaramente tutti abbiamo avuto l'occasione, anche lei di fare probabilmente un'analisi del fabbisogno del personale delle aziende sanitarie che oggi è scarso. In uno dei provvedimenti abbiamo apprezzato anche l'investimento che ha fatto lo Stato anche se in rapporti determinati. Se intende, anche nell'ottica di una nuova ondata e comunque di sfide che ci può offrire la natura, adottare anche provvedimenti e misure in merito al processo di rideterminazione delle dotazioni organiche e quindi del fabbisogno personale delle aziende sanitarie che è il punto di forza strategico di questa esperienza che stiamo vivendo.

PRESIDENTE. Io invito il Ministro a essere il più sintetico, non per scortesie, ma proprio sulle domande non inerenti alla nostra Commissione.

CATERINA LICATINI. Scusi, Ministro, perché per quanto riguarda la gestione dei rifiuti abbiano utilizzato il principio di massima precauzione, però se poi non abbiamo anche il controllo del territorio, non facciamo nulla.

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute.* Sulla prima valutazione che faceva, condivido. Penso che abbiamo dato una risposta sia nella relazione che all'interpellanza. Non vi è dubbio che andrebbe favorito un utilizzo ordinario delle stoviglie, anche perché soprattutto le alte temperature sono la garanzia più forte rispetto all'eliminazione del virus, quindi un uso eccessivo e illimitato di stoviglie usa e getta non ha alcuna giustificazione di natura epidemiologica. Questo mi sentirei di affermarlo con grande chiarezza e penso che su questo dobbiamo provare anche a trasmettere un messaggio al Paese. Condivido molto che il monitoraggio sia una chiave essenziale. Noi dobbiamo svolgerlo sul territorio

con la massima attenzione, frequenza e determinazione. Condivido anche che la chiave assoluta del monitoraggio abbia a che fare proprio con il personale. Mi piacerebbe rispondere con un intervento più lungo, ma voglio ricordarle un solo dato, che è molto significativo. Il Servizio sanitario nazionale italiano ha vissuto per oltre un quindicennio con un silos del personale chiuso e con un tetto che era la spesa del 2014 di meno dell'1,4 per cento, cioè sostanzialmente noi ci siamo messi, come Servizio sanitario nazionale, una camicia di forza bloccata sul piano del personale, su cui non abbiamo potuto fare investimenti. Questa camicia di forza abbiamo iniziato a romperla con la legge di bilancio, dove per la prima volta sono stati fatti investimenti per superare questo vincolo in maniera significativa e lo abbiamo superato in maniera totale dentro queste settimane dell'emergenza. Il decreto fatto a marzo che stanziava un miliardo e cinquecento milioni ci ha consentito di assumere, cioè le regioni hanno assunto tra marzo e oggi 24.528 persone, larga parte delle quali sono infermieri e medici, personale che è stato messo a disposizione degli ospedali, dei presidi, del territorio per affrontare questa crisi, ma sono molto d'accordo con lei nell'affermare che la partita del personale è la vera chiave di volta, se noi vogliamo provare a reggere le sfide del futuro e a costruire un Servizio sanitario nazionale più forte.

PRESIDENTE. Le ultime mie domande, mi riaggancio all'argomento delle stoviglie che ovviamente mi sta a cuore. Bisogna però andare sul pratico. I commercianti, i ristoratori, hanno ricevuto degli standard di lavaggio? Ho letto delle note che invitavano a preferire il lavaggio, ma senza andare nel dettaglio sugli standard. È stato fatto? Anche se non è stato fatto, mi auguro che sia stata mandata una nota anche ai commercianti per dire che quella scelta è preferibile. Per quanto riguarda il discorso delle mascherine, anche qui cerco di essere pratico, anche io mi sono fatto la mascherina riutilizzando i jeans, però c'è da dire che la maggior parte delle persone utilizza quelle chirurgiche, anche perché

offrono il giusto compromesso tra qualità e prezzo, però il fatto che siano monouso credo che crei un cortocircuito, ritengo che si debba fare qualcosa per andare oltre questo standard che vale per la sala operatoria. A mio avviso bisognerebbe fare qualcosa in più e mi domando se è in cantiere qualcosa. Io, ad esempio alternando l'uso di tre mascherine, quindi facendole decantare, riesco a utilizzarle e avere una copertura per tanto tempo. Alle famiglie le mascherine costano e spesso è difficile anche trovarle, anche se un po' la situazione adesso è cambiata. Altra questione che non è stata affrontata è quella dei guanti. È positiva la notizia che il contagio è prettamente tra persone. Sugli oggetti la permanenza del virus è limitata. Lei ha citato Timmermans, il quale ha detto che non bisogna trattare i rifiuti in maniera particolare, anche perché come ha indicato l'Agenzia regionale di sanità Toscana a proposito della permanenza del virus sulle superfici, ad esempio per la plastica, il massimo è settantadue ore. Mi domando poi, e lo chiederò anche a un maggior dettaglio all'Istituto superiore di sanità, visto che il tempo massimo di permanenza del virus è di settantadue ore e conoscendo la filiera del rifiuto, in questo tempo non si arriva dall'origine del rifiuto allo smaltimento finale, qualunque esso sia, quindi non ci sarebbe neanche bisogno di smaltire i rifiuti prodotti dai soggetti positivi nell'indifferenziata. Spesso i positivi sono asintomatici quindi è ipocrita voler distinguere tra positivo e non positivo, anche se ormai positivi e gli infetti si spera siano sempre di meno, però è sempre da tenere presente questo. Per quanto riguarda i guanti: nei supermercati fanno lavare le mani dei clienti col disinfettante prima dell'ingresso, che è perfetto, in seguito sono obbligati a indossare i guanti, il che non ha molto senso. Con l'Istituto superiore di sanità approfondiremo anche questo tema. Spesso l'uso di guanti non è proprio utile, anzi a volte vengono usati in maniera impropria. Mi chiedo se può provare a dare indicazioni, a fare uno studio?

ROBERTO SPERANZA, *Ministro della salute*. Molto brevemente, anche perché

penso che molti dei temi li abbiamo toccati. Sono d'accordo su una comunicazione *ad hoc* rivolta a quel mondo. Probabilmente possiamo fare uno sforzo nelle prossime ore. Chiaramente la comunicazione che noi abbiamo costruito è una comunicazione in questo momento generalista che prova ad arrivare a tutti e sulle stoviglie ho già detto con grande chiarezza come stanno le cose, ma proprio nella conversazione di oggi col Ministro dell'ambiente credo che ci siano le condizioni per un lavoro condiviso che focalizzi anche un elemento di comunicazione idonea per rispondere alla questione. Su mascherine e guanti condivido la valutazione di massima che il presidente ha voluto riportarci. L'evidenza scientifica ci dice che la stragrande maggioranza dei contagi avviene tra persone. Quando c'è un passaggio attraverso superfici, è perché questa superficie viene a contatto con l'uomo a strettissimo margine di tempo. Stiamo parlando del caso classico configurato anche in qualche spot portato in televisione nelle ultime settimane della maniglia o dove c'è bisogno di una particolare attenzione, soprattutto se poi si commette l'errore di avvicinare le mani alle mucose respiratorie. Questo è da sempre considerato uno dei punti di comportamento su cui insistere in modo particolare. Il tempo di permanenza del virus fuori dal corpo umano è limitato. Su quanto duri esattamente ci sono numerosi studi in corso e al momento quello che appare certo è che dipende dalla superficie e non è indifferente anche la temperatura con cui abbiamo a che fare, il tasso di umidità. Quindi come vi dicevo c'è una comunità scientifica che sta studiando un virus nuovo e sono elementi di certezza che andremo a configurare giorno per giorno. Solo un'indicazione mi sento di darla per chiarezza, anche perché ho qui il documento ufficiale dell'Istituto superiore di sanità. Io capisco fino in fondo la logica e anche la preoccupazione che naturalmente non può che ispirare questa Commissione, ma al momento le indicazioni formali e ufficiali che dà l'Istituto superiore di sanità a cui credo tutti ci dovremmo tenere, indicano ancora la necessità di una specifica attenzione per i casi positivi. L'indicazione

che ci arriva formalmente dall'Istituto superiore di sanità che credo vada rispettata è che di fronte a un caso positivo va bloccata la differenziazione dei rifiuti presso il domicilio e va utilizzato ancora il rifiuto indifferenziato. È chiaro che l'auspicio di tutti noi è che si creino le condizioni per il superamento di questo stato delle cose. Probabilmente la ricerca scientifica ci metterà nelle condizioni di superare questo *status quo*, ma non sarebbe corretto da parte mia oggi non riferire alla Commissione esattamente quella che oggi è l'indicazione del nostro istituto scientifico di massima competenza sulle questioni sanitarie. Quindi l'indicazione che viene data è in questo momento quella di una differenziazione tra i casi positivi e i casi non positivi, quando i casi sono positivi in questo momento l'indicazione che arriva dalla

nostra autorità scientifica è ancora quella di non differenziare i rifiuti in casa e quindi di procedere sull'indifferenziata. È stato detto, ma dobbiamo fare secondo me una comunicazione *ad hoc*, che gli standard di lavaggio classici che vengono prodotti sia a livello domestico che a livello industriale sono ampiamente sufficienti per poter neutralizzare la carica virale eventualmente presente.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per la presenza e dichiaro conclusa la seduta.

La seduta termina alle 21.55.

*Licenziato per la stampa
il 3 agosto 2020*



18STC0104340