

SENATO DELLA REPUBBLICA  
— XVIII LEGISLATURA —

**Giovedì 21 aprile 2022**

**alle ore 9,30**

**426<sup>a</sup> Seduta Pubblica**

---

**ORDINE DEL GIORNO**

**I. Discussione del disegno di legge:**

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° marzo 2022, n. 17, recante misure urgenti per il contenimento dei costi dell'energia elettrica e del gas naturale, per lo sviluppo delle energie rinnovabili e per il rilancio delle politiche industriali (*approvato dalla Camera dei deputati*) (2588)

**II. Interrogazioni a risposta immediata, ai sensi dell'articolo 151-bis del Regolamento (*testi allegati*) (alle ore 15)**

## **INTERROGAZIONE SULLA CHIUSURA DELLO STABILIMENTO PFIZER DI CATANIA**

(3-03267) (20 aprile 2022)

DRAGO, CIRIANI - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali* - Premesso che:

in data 7 febbraio 2022 l'azienda Pfizer ha consegnato alle rappresentanze sindacali una comunicazione per una procedura di riduzione del personale, asserendo che potrebbero essere 130 gli esuberanti per lavoratori a tempo indeterminato impiegati nel settore del farmaco presso lo stabilimento Pfizer di Catania, mentre 50 figure interinali (assunte tramite la Randstad) non vedrebbero rinnovato il contratto entro febbraio, ed analogamente, ulteriori 60 di qui ad agosto;

nel 2018, durante un incontro tra azienda e sindacati per la presentazione del piano industriale, venne comunicata la volontà di trasferire la produzione;

risulterebbe che in quella occasione e in altre successive i rappresentanti aziendali avessero interrogato i vertici sui programmi futuri dello stabilimento e, nonostante già fossero stati destinati investimenti atti a favorire interventi strutturali per lo stabilimento stesso, non vi fu alcuna risposta da parte dell'azienda;

il 3 febbraio 2022, dopo lungo silenzio, durante il quale è avvenuta la dismissione di un compartimento produttivo penicillinico, l'azienda ha comunicato che avrebbe intrapreso una procedura di riduzione di personale, allo scopo di sopperire alla riduzione di volumi produttivi nel triennio a venire;

tale dichiarazione si troverebbe in contrasto con l'informazione diffusa anche attraverso gli organi di stampa di ottimi investimenti per il sito: infatti la somma stanziata (circa 26 milioni di euro) non sarebbe sufficiente agli adeguamenti richiesti dall'Annex 1 (linea guida emanata dagli enti regolatori per la produzione di farmaci), quindi gli investimenti non riguarderebbero le linee produttive;

il sito produce un antibiotico non penicillinico che vede il suo brevetto scaduto e quindi soggetto a concorrenza dei farmaci generici; va da sé perciò che si stia rinunciando ad investire sul rilancio dello stabilimento;

sorge spontaneo domandarsi se i ricavi per 50 milioni di euro ottenuti fino a ottobre 2021 dall'azienda, in seguito alla vendita dei vaccini, non possano essere indicatori per mantenere aperta la produzione magari destinandola proprio ai vaccini e al nuovo farmaco antivirale da loro prodotto;

considerato inoltre che:

per tutti questi lavoratori e le loro famiglie il futuro appare quanto mai incerto, poiché sono abbandonati senza possibilità di prospettive rassicuranti: i dipendenti interessati dalla vicenda sono ben 700, oltre al relativo indotto, per un sito con una storia produttiva che affonda le proprie radici nel lontano 1954 e vanta di essere

stato grande esempio per la Sicilia, sia per l'elevato livello delle competenze riconosciute ai lavoratori dalle agenzie regolatorie, sia per riconoscimento strategico attribuitogli dalla stessa Pfizer nell'ambito delle produzioni asettiche;

con l'interrogazione al Ministro dello sviluppo economico 4-06585, pubblicata il 15 febbraio 2022, l'interrogante chiedeva di sapere quali iniziative il Ministro avrebbe adottato al fine di evitare un ridimensionamento dell'azienda, che graverebbe gravemente sul territorio siciliano, già provato dalla crisi economico-sociale di questi anni;

in data 13 aprile 2022, la medesima questione è stata oggetto di un quesito (atto 3-02888) al Ministro dello sviluppo economico, durante il *question time* svoltosi presso la Camera dei deputati, con il quale si chiedeva se si intendesse accogliere la richiesta dei sindacati e delle istituzioni locali di aprire un tavolo di crisi nazionale;

in risposta all'interrogazione, il Ministro, condividendo l'attenzione rivolta a tale delicata vertenza, oltre ad auspicare che il tavolo di crisi aperto dalla Regione Siciliana potesse, in qualche modo, individuare le soluzioni più opportune atte a salvaguardare e rilanciare il sito nonché a tutelare i lavoratori coinvolti, ha assicurato che qualora ciò non dovesse avvenire, "rimane massima disponibilità, insieme al Ministero del lavoro e agli altri ministeri coinvolti, per valutare misure adeguate per la risoluzione della vertenza, anche nel quadro delle misure recentemente introdotte dalla legge di Bilancio che hanno implementato strumenti per la riqualificazione e la risoluzione delle crisi transitorie con l'obiettivo di evitare interruzione strutturale dei rapporti di lavoro";

nell'incontro svoltosi lo scorso 19 aprile presso la sede della Confindustria Catania, tra Wyeth Lederle S.r.l. (acquisita da Pfizer nel 2009) e le rappresentanze sindacali, sarebbero state individuate varie tipologie di dipendenti e pare che circa 30 lavoratori rimarrebbero senza tutele in attesa dell'operazione di licenziamento prevista per il 26 aprile. Tuttavia oltre i 130 lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato, vi sono centinaia di lavoratori con contratto a tempo determinato che attenderebbero stabilizzazione ed il totale tra le due categorie contrattuali supererebbe le 250 unità mentre i provvedimenti attualmente in fase di valutazione al tavolo delle trattative sono volti a indurre ad un'uscita anticipata per coloro i quali sono prossimi alla quiescenza,

si chiede di sapere:

quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda adottare al fine di assicurare che i 30 lavoratori destinati al licenziamento possano essere riassorbiti dall'azienda;

se non ritenga opportuno che la Pfizer Italia assicuri che il sito catanese permanga sul territorio, anche attraverso una ripianificazione della linea produttiva.

## **INTERROGAZIONE SULLA PROSECUZIONE DELLE MISURE DI TUTELA DEI LAVORATORI FRAGILI DAI RISCHI DERIVANTI DAL COVID-19**

(3-03270) (20 aprile 2022)

AUGUSSORI, ALESSANDRINI, RUFA, DE ANGELIS - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali* - Premesso che:

in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, l'articolo 26 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, ha previsto misure di tutela per salute e la sicurezza sanitaria nei luoghi di lavoro dei lavoratori cosiddetti fragili;

in particolare, il comma 2 del richiamato articolo 26 ha previsto che, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati in possesso di certificazione attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita, nonché per quelli in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità, il periodo di assenza dal servizio sia equiparato al ricovero ospedaliero e non sia computato ai fini del periodo di comporta;

il comma 2-*bis* del medesimo articolo ha previsto che i lavoratori fragili debbano svolgere di norma la prestazione lavorativa in modalità agile, anche attraverso l'adibizione a diversa mansione o mediante lo svolgimento di specifiche attività di formazione professionale anche da remoto;

le due disposizioni sono state oggetto di varie proroghe e, da ultimo, l'articolo 17, comma 1, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, ne ha prorogato gli effetti sino al 31 marzo 2022;

il decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, recante disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, non ha però disposto un'ulteriore proroga, con la conseguenza che i lavoratori fragili non dispongono né della possibilità di assentarsi dal lavoro, né della possibilità di svolgere la prestazione lavorativa da remoto;

lo scorso 4 febbraio è stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* un decreto del Ministro della salute finalizzato ad individuare le patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità, il quale non ha però ricevuto concreta attuazione;

la cessazione dello stato di emergenza non riduce minimamente i rischi che alcune categorie di lavoratori corrono quotidianamente per recarsi al lavoro e per svolgere la prestazione lavorativa, anche perché la circolazione del virus, in Italia così come altrove, è ancora molto elevata e numerosi soggetti fragili, ancorché vaccinati, non hanno una risposta immunitaria adeguata a tutelarli;

un altro tema legato alla condizione lavorativa dei lavoratori fragili attiene all'indennità di malattia, erogata dall'INPS entro limiti temporali predefiniti, in relazione alla quale appare indispensabile che il diritto a percepire l'indennità sia mantenuto per tutto il periodo di assenza dal servizio dovuta all'emergenza epidemiologica da COVID-19, al fine di evitare che tali lavoratori siano costretti a rientrare in servizio;

i problemi descritti si pongono non soltanto per i lavoratori fragili, ma anche per coloro che sono stati riconosciuti temporaneamente inidonei alla mansione lavorativa per cause legate all'emergenza epidemiologica da COVID-19,

si chiede di sapere quali siano le iniziative di propria competenza che il Ministro in indirizzo intenda adottare, al fine di prorogare le tutele dei lavoratori fragili sino a quando l'andamento della situazione epidemiologica lo richieda, di consentire loro di percepire l'indennità di malattia per tutto il periodo di assenza dal servizio dovuta all'emergenza epidemiologica da COVID-19, nonché di estendere tali tutele anche ai lavoratori riconosciuti temporaneamente inidonei alla mansione lavorativa per cause legate alla medesima emergenza epidemiologica.

## **INTERROGAZIONE SULL'ASSISTENZA PODOLOGICA AI PAZIENTI AFFETTI DA PIEDE DIABETICO**

(3-03268) (20 aprile 2022)

LANIECE, UNTERBERGER, BRESSA, STEGER, DURNWALDER - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

il piede diabetico, fonte di sofferenza per il paziente e di aumento dei costi sociali, rappresenta un quadro clinico complesso ad elevato rischio di amputazione, che richiede un approccio multidisciplinare quanto più tempestivo possibile;

tra le figure che compongono il *team* assistenziale e di cura del piede diabetico le linee guida nazionali ed internazionali annoverano il podologo come elemento imprescindibile in grado di intervenire nelle fasi precoci della patologia, identificando le condizioni cliniche che necessitano di approfondimento specialistico e incidendo sul tempo e sui costi di gestione;

le stesse linee guida dell'IWGDP (International world group of diabetic foot) e della SID (Società italiana di diabetologia) collocano il podologo nei 3 livelli di gestione del piede diabetico, dove nel primo livello affianca il medico di base per un'assistenza territoriale capillare, mentre nel secondo e terzo livello è inserito nell'*équipe* multidisciplinare che lavora nelle fasi acute della patologia;

considerato che:

il decreto ministeriale n. 666 del 1994, che regola la figura e il relativo profilo professionale del podologo, prevede che "il podologo svolga la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale", assegnandogli un ruolo specifico nella prevenzione ed educazione in soggetti portatori di malattie a rischio;

questo quadro prospettato dalle evidenze scientifiche non è però suffragato dai fatti: a causa dell'assenza delle prestazioni podologiche all'interno del nomenclatore tariffario nazionale dei LEA, il podologo è assente dall'*équipe* di gestione del piede diabetico su tutto il territorio italiano, salvo sporadiche realtà regionali che hanno previsto la figura del podologo nei centri di secondo e terzo livello;

i progetti sperimentali territoriali (come quello della Regione Toscana) di introduzione del podologo nelle figure sanitarie territoriali pubbliche hanno portato dei risultati molto incoraggianti in termini di coinvolgimento dei pazienti a rischio;

tenuto conto, infine, che:

la missione 6, "Salute", del PNRR, ha come obiettivo il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio dove proprio la patologia diabetica rappresenta una delle sfide maggiori e più impegnative;

in una riorganizzazione della sanità territoriale, un modello di integrazione del podologo sul territorio non sarà concretizzabile sino a quando le prestazioni podologiche non saranno presenti nei LEA,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto descritto e se non ritenga necessario integrare le prestazioni podologiche nel nomenclatore tariffario dei livelli essenziali di assistenza, al fine di offrire alla popolazione diabetica una presa in carico più adeguata.

## **INTERROGAZIONE SUI DATI DISAGGREGATI RELATIVI AI PAZIENTI DECEDUTI E RISULTATI POSITIVI AL COVID-19**

(3-03271) (20 aprile 2022)

FARAONE, PARENTE - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

in Italia, in data martedì 19 aprile 2022, si sono registrati 27.214 nuovi casi COVID-19, contro gli 83.643 della settimana prima. Negli ultimi 7 giorni (dal 13-19 aprile) ci sono stati 349.945 casi, in diminuzione del 19,1 per cento rispetto alla settimana precedente. I tamponi processati sono stati 174.098 ed il tasso di positività è in crescita del 4,9 per cento rispetto alla settimana precedente;

gli italiani vaccinati, con un ciclo completo, al 19 marzo, sono 39.188.284, pari al 66,13 per cento della popolazione;

sempre nella giornata di martedì, i decessi sono stati 127, contro i 79 del giorno prima. Negli ultimi 7 giorni (13-19 aprile) ci sono stati 861 decessi, in diminuzione del 7,3 per cento rispetto alla settimana precedente. Il numero totale delle vittime dall'inizio della pandemia sale dunque a 161.893. I ricoveri sono stati 10.214 e le terapie intensive registrate sono di 422 in tutto. La regione con più casi è risultata essere il Piemonte, con 3.579 contagi, seguita dalla Campania, dal Lazio e dalla Lombardia. Gli attualmente positivi sono 1.208.279 e, di questi, 1.197.643 sono ora in isolamento domiciliare;

considerato che:

i rapporti sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia, presenti sul sito dell'Istituto superiore di sanità, dedicato all'epidemiologia per la sanità pubblica e alla promozione della salute, risultano essere di difficile divulgazione;

i dati contenuti nei rapporti mostrano le caratteristiche dei pazienti deceduti e positivi al virus in Italia da inizio sorveglianza. I rapporti presentano i dati disaggregati dei deceduti, considerandone le caratteristiche demografiche, le patologie preesistenti e le complicanze nei pazienti trasferiti in reparti di terapia intensiva ed in quelli non trasferiti in reparti di terapia intensiva, i decessi per fascia di età ed in particolare, presenta un dettagliato confronto delle caratteristiche dei decessi di persone positive al COVID nei casi "non vaccinati", nei casi con "ciclo incompleto di vaccinazione" e in quelli con "ciclo completo di vaccinazione";

considerato, inoltre, che la lettura dei dati contenuti nei rapporti dell'ISS risulta di non semplice comprensione per chiunque non abbia competenze mediche e statistiche. Inoltre, l'aggiornamento dei rapporti non avviene quotidianamente,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga necessaria la divulgazione quotidiana di un documento con dati disaggregati che, in maniera chiara e comprensibile per i cittadini, fornisca informazioni in merito a: la prevalenza delle

varianti nei deceduti da SARS-CoV-2; la presenza di comorbilità, quali patologie preesistenti nei deceduti da SARS-CoV-2; il numero di casi di decessi e ricoveri in terapia intensiva per infezione da COVID-19, differenziata per stato vaccinale e classe di età.

## INTERROGAZIONE SULLE AGEVOLAZIONI PER LE PRESTAZIONI PSICOTERAPEUTICHE

(3-03269) (20 aprile 2022)

BITI, MALPEZZI, IORI, BOLDRINI - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

l'articolo 1-*quater* del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 (decreto-legge milleproroghe 2022), reca disposizioni in materia di potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica;

il comma 3, introdotto, in sede di conversione del decreto-legge, con un emendamento del Gruppo del Partito democratico della Camera dei deputati, già presentato al Senato nel corso dell'esame del disegno di legge di bilancio per l'anno 2022, riconosce l'erogazione, da parte delle Regioni e delle Province autonome, di un contributo, detto "*bonus* psicologo", utilizzabile per le spese sostenute per sessioni di psicoterapia, fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi;

per sostenere le persone con ISEE più basso, il contributo, erogato nel limite di spesa di 10 milioni di euro per il 2022, ha un importo massimo di 600 euro a persona ed è parametrato alle diverse fasce ISEE. Sono escluse dalla platea dei potenziali beneficiari le persone fisiche con ISEE superiore a 50.000 euro;

le modalità di presentazione della domanda per accedere al contributo, l'entità e i requisiti, anche reddituali, per la sua assegnazione devono essere stabiliti con decreto interministeriale (Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze), da adottare entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

sul punto, la relazione tecnica all'emendamento precisava che, nel presupposto di una tariffa minima relativa ad una seduta di psicoterapia presso uno specialista privato intorno ai 50 euro, il contributo massimo di 600 euro a persona permetterà di usufruire di 12 sedute e pertanto, complessivamente, il finanziamento previsto riguarderà una platea di circa 16.000 persone;

considerato che:

l'approvazione del *bonus* psicologo rappresenta una risposta importante al problema sulla salute mentale, aumentato in modo esponenziale nel corso della pandemia da COVID-19, in particolare tra i giovani, ma non solo, come dimostrano tutti gli studi scientifici condotti sul tema, fino a diventare una vera e propria emergenza che non è possibile continuare ad ignorare o sottovalutare;

le società scientifiche di psicologia hanno da tempo messo in evidenza i danni psicologici che la pandemia ha comportato, in particolare tra i più giovani, dando

luogo a quel fenomeno noto come i "COVID *distress*", ovvero una condizione di malessere psicologico che riguarda oltre un quarto della popolazione e che ha ricadute significative sulla vita quotidiana;

dall'indagine IPSOS e Save the children del gennaio 2021 emerge che si è anche minato profondamente l'approccio alla socialità e alle relazioni dei giovanissimi: 6 adolescenti su 10 ritengono di aver perso la capacità di socializzare, il 57 per cento ritiene che il proprio stato d'animo sia peggiorato e solo un giovane su 4 ritiene che tutto tornerà come prima;

la norma offre quindi uno strumento molto utile, se pur parziale, alla prevenzione e al trattamento dei disagi psicologici e delle loro conseguenze, nella consapevolezza, come sottolineato dall'OMS, che la salute mentale è rilevante quanto la salute fisica, che non può esserci salute senza salute mentale;

considerato inoltre che la formulazione della disposizione, riguardante le "spese sostenute per sessioni di psicoterapia fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi", ha generato incertezza riguardo la platea degli specialisti cui la norma si riferisce, trattandosi, nell'intenzione del legislatore, di tutti gli psicologi;

rilevato che a tutt'oggi il decreto interministeriale necessario per dare attuazione alla norma non risulta ancora adottato,

si chiede di sapere:

quali iniziative urgenti il Ministro in indirizzo ritenga adottare al fine di rendere possibile l'accesso al "*bonus* psicologo";

quali iniziative intenda altresì adottare al fine di fare chiarezza sull'ambito di applicazione della norma in esame.

## **INTERROGAZIONE SULLE MISURE DI ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE PANDEMICO**

(3-03265) (20 aprile 2022)

DE FALCO - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

nel marzo del 2020 notizie di stampa ricordavano l'esistenza di un "piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale", che non viene mai citato in nessuna delle decisioni prese dal Governo, a partire dalla dichiarazione di emergenza del 31 gennaio 2020;

se si consulta il sito del Ministero della salute, emerge che il testo ricordato è stato pubblicato il 13 dicembre 2007. La pagina è stata aggiornata l'ultima volta il 15 dicembre 2016;

nel testo, sono, tra l'altro, elencate le sei fasi pandemiche che l'OMS ha indicato già nel 2005, e le azioni da adottare in relazione alle stesse ed ai rispettivi livelli da parte degli Stati;

in particolare, si osserva che nelle fasi interpandemiche, ossia quelle nelle quali non vi è alcuna emergenza, ma solo un plausibile basso rischio, è prevista tutta una serie di azioni di carattere preventivo e preparatorio che, nel caso attuale, sono state espletate solo quando l'epidemia era già diffusa nel Paese;

nelle "fasi interpandemiche (fasi 1-2)" devono essere impartite informazioni sanitarie alla popolazione per promuovere l'adozione delle comuni norme ed istruzioni igieniche;

sempre in questa fase si devono adottare misure sempre preventive, per limitare la trasmissione delle infezioni nelle comunità, scuole, case di riposo, altri luoghi di ritrovo;

ancora in queste fasi, anteriori alla dichiarazione di emergenza, è necessario predisporre piani e misure di controllo della trasmissione dell'infezione in ambito ospedaliero tramite approvvigionamento degli adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) per il personale sanitario, controllando il funzionamento dei sistemi di sanificazione e disinfezione e individuando appropriati percorsi separati per i malati o sospetti tali;

sempre in questa fase deve essere eseguito, dispone l'OMS, un censimento delle disponibilità di posti letto in isolamento, di stanze in pressione negativa e di dispositivi meccanici per l'assistenza ai pazienti;

nelle successive fasi (fasi 3-5, ossia quelle di allerta), sempre anteriormente alla diffusione del contagio all'estero, alle misure ricordate se ne devono aggiungere altre, tra le quali assume particolare rilievo la messa a punto di protocolli di utilizzo di DPI per le categorie professionali a rischio, e soprattutto un approvvigionamento adeguato per quantità e qualità; in presenza di trasmissione interumana dovrebbe

essere valutata l'opportunità di restrizioni degli spostamenti da e per altre nazioni, ove si siano manifestati *cluster* epidemici, oltre all'opportunità e alle modalità di rientro dei cittadini italiani residenti in aree affette;

è prevista l'attivazione di protocolli contemplati dal regolamento sanitario internazionale in caso di presenza a bordo di aerei o navi di passeggeri con sintomatologia sospetta. Sono previste anche azioni per informare i cittadini, promuovendo la diagnosi precoce, anche da parte degli stessi pazienti, per ridurre l'intervallo tra l'esordio dei sintomi e l'isolamento con assistenza continua domiciliare;

è ancora in queste fasi, e non in emergenza, che è prevista la valutazione dell'opportunità di chiusura delle scuole o di altre comunità e della sospensione di manifestazioni e di eventi di massa, per rallentare la diffusione della malattia;

solo la fase 6, l'ultima, prevede la limitazione della mobilità delle persone;

dunque, esiste una pianificazione del Ministero della salute, predisposta sulla base delle indicazioni dell'OMS, in base alla quale si sarebbe dovuto porre in essere una serie non irrilevante di azioni e misure preventive e preparatorie, per affrontare al meglio l'emergenza. La gran parte delle attività avrebbe dovuto essere posta in atto dal momento fin della prima notizia del passaggio dell'infezione all'uomo, a fine 2019, atteso che con la Cina vi erano intensi collegamenti e scambi commerciali, quindi ben prima del 31 gennaio 2020, data di dichiarazione dello stato di emergenza da parte del Governo;

era, infatti, almeno dalla fine di dicembre 2019 che si era a conoscenza di episodi sempre più gravi di diffusione del COVID-19 in Cina. Dunque, non si sarebbe dovuto attendere altro per mettere in atto le misure e le azioni che di fatto sono state attuate, e solo in parte, con grave ritardo e con effetti drammatici, esponendo a grave rischio concreto, a parere dell'interrogante, il personale sanitario che è divenuto vittima e, suo malgrado, esso stesso focolaio di diffusione del contagio;

non risulta nemmeno chiaro che cosa sia stato fatto dal 31 gennaio sino al 23 febbraio 2020, data in cui è stato emanato il decreto-legge n. 6,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo ed il Governo fossero a conoscenza dell'esistenza del piano ricordato;

se il piano avesse, ed abbia ancora oggi, vigenza o se sia stato mai abrogato, e in tal caso quando e con quale atto;

perché, pur nell'ipotesi che il piano fosse stato abrogato e non sostituito, non si sia comunque tenuto conto delle prescrizioni ricordate, e delle altre presenti nel documento, e che, implementate in tempo, e non in piena emergenza, avrebbero potuto quantomeno contenere gli effetti devastanti del virus.

## **INTERROGAZIONE SULLE MISURE DI MODERNIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PREVISTE DAL PNRR**

(3-03274) (20 aprile 2022)

BERNINI, SACCONI, GALLIANI, GALLONE, GIAMMANCO, MALLEGNI, MANGIALAVORI, RIZZOTTI, RONZULLI, AIMI, ALDERISI, BARACHINI, BARBONI, BERARDI, BINETTI, BOCCARDI, CALIENDO, CALIGIURI, CANGINI, CESARO, CRAXI, DAL MAS, DAMIANI, DE BONIS, DE POLI, DE SIANO, FAZZONE, FERRO, FLORIS, GASPARRI, GHEDINI, GIRO, MESSINA Alfredo, MODENA, PAGANO, PAPTATHEU, PAROLI, PEROSINO, SCHIFANI, SCIASCIA, SERAFINI, SICLARI, STABILE, TIRABOSCHI, TOFFANIN, VITALI, VONO - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

le risorse stanziare per la sanità dal PNRR pari a oltre 15 miliardi di euro (circa l'8 per cento del totale) sono indirizzate verso due obiettivi principali: le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria e l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN;

per le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria sono previsti circa 7 dei 15 miliardi, allo scopo di riformare gli *standard* strutturali, organizzativi e tecnologici per l'assistenza con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale e, mediante un apposito disegno di legge, per definire un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in linea con l'approccio "one health";

viene previsto il potenziamento delle strutture esistenti e la creazione di nuovi presidi territoriali (attraverso l'attivazione di 1.288 "case della comunità" entro il 2026, per circa 2 miliardi euro);

viene immaginato un intervento sui servizi domiciliari e digitali (con la presa in carico, entro la metà del 2026, del 10 per cento delle persone di età superiore ai 65 anni non autosufficienti o con patologie croniche, impiegando 4 miliardi di euro);

viene previsto il rafforzamento dell'offerta assistenziale intermedia a livello territoriale (attraverso la realizzazione di 381 "ospedali di comunità" entro la metà del 2026, con un costo stimato di circa un miliardo di euro),

si chiede di sapere quale sia lo stato di attuazione degli obiettivi citati e quale sia l'impatto del conflitto in Ucraina sugli obiettivi posti e sull'intero sistema sanitario, con particolare attenzione al livello di vaccinazione e al controllo dei profughi ucraini rispetto agli *standard* di prevenzione e profilassi adottati per i cittadini italiani.

## **INTERROGAZIONE SULLO SVILUPPO DI UN MODELLO SANITARIO ORIENTATO AI RISCHI AMBIENTALI E CLIMATICI**

(3-03272) (20 aprile 2022)

PISANI Giuseppe - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, assegna al Ministero della salute 500 milioni per il progetto denominato "Salute, ambiente e clima", collegato all'azione di riforma oggetto della missione 6, Salute Health, del piano nazionale di ripresa e resilienza. Esso prevede l'istituzione del "Sistema nazionale salute, ambiente e clima (SNPS)" come nuovo assetto di prevenzione collettiva e sanità pubblica, in linea con l'approccio "one health", nella più recente evoluzione "planetary health", per far fronte efficacemente ai rischi storici e emergenti di impatti sulla salute di cambiamenti ambientali e climatici. Per rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese nell'affrontare gli impatti sanitari presenti e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici, sono pertanto definiti una serie di investimenti sinergici: rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata; sviluppo e implementazione di specifici programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente-clima in 2 siti contaminati selezionati di interesse nazionale; formazione di livello universitario e programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima; promozione e finanziamento di ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute-ambiente-clima; piattaforma di rete digitale nazionale SNPA-SNPS;

la capacità istituzionale del nuovo sistema SNPS-SNPA dipende da un adeguamento infrastrutturale e di risorse umane, formative e di ricerca delle strutture del sistema, al fine di assicurare le indispensabili sinergie e funzioni del SSN a supporto di uno sviluppo sano e sostenibile;

il piano è concepito per migliorare ed armonizzare le politiche e le strategie di attuazione della prevenzione e risposta del SSN alle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali, anche attraverso un interfacciamento sistematico con il Sistema nazionale per la protezione ambientale (SNPA);

considerato che il piano riposiziona il Servizio sanitario nazionale del Paese rispetto alle più recenti indicazioni internazionali (tra cui l'agenda ONU 2030 e il *portfolio* della sesta Conferenza interministeriale di Ostrava su ambiente e salute dei Ministri della regione europea dell'OMS), assicurando il potenziamento delle politiche multisettoriali di promozione della salute e i co-benefici per la salute

dell'azione per il clima in settori diversi, come l'energia, i trasporti, la pianificazione urbana e altri sistemi economico-produttivi di rilevanza,

si chiede di sapere in che modo il Ministro in indirizzo intenda articolare la concreta collaborazione tra strutture del SNPA e del SSN, ovvero tra le ARPA e i dipartimenti di prevenzione e se si ritenga opportuno predisporre adeguati finanziamenti per l'implementazione degli organici di ambo le strutture.