

SENATO DELLA REPUBBLICA
————— XIX LEGISLATURA —————

Giovedì 2 febbraio 2023

alle ore 10

36^a Seduta Pubblica
—————

ORDINE DEL GIORNO

I. Interrogazioni (*testi allegati*)

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

INTERROGAZIONI

INTERROGAZIONE SULL'APPLICAZIONE DELLA CONVENZIONE "CARD" NEL SETTORE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE AUTO

(3-00107) (27 dicembre 2022)

LOMBARDO - *Al Ministro delle imprese e del made in Italy* - Premesso che:

il 2 agosto 2022 è stata approvata in via definitiva la legge annuale sulla concorrenza 2021 (legge n. 118 del 2022); l'articolo 31, rubricato "Modifica alla disciplina del risarcimento diretto per la responsabilità civile auto", estende alle imprese di assicurazione con sede legale in altri Stati membri che operano nel territorio della Repubblica italiana il sistema CARD e, al comma 2, stabilisce nel 1° gennaio 2023 l'entrata in vigore della norma; il sistema CARD, introdotto il 1° febbraio 2007, è la procedura che, in caso di sinistro, consente ai danneggiati di essere risarciti direttamente dal proprio assicuratore, al contrario di quanto prevede il risarcimento ordinario per il quale è previsto che sia la compagnia del responsabile del sinistro a risarcire il danneggiato; l'introduzione di questo sistema ha avuto negli anni effetti positivi riducendo i costi dei sinistri ed i tempi di risarcimento, andando a vantaggio del consumatore e delle imprese;

l'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) nel corso dell'audizione per la legge sulla concorrenza 2021 ha affermato: "la Convenzione CARD, introdotta nel 2007, intende agevolare i consumatori danneggiati a causa di sinistri stradali consentendo loro di rivolgersi al proprio assicuratore per il risarcimento dei danni subiti. Questo comporta semplicità e facilità di trattamento dei sinistri nonché miglioramenti tangibili nella velocità di liquidazione dei danni. (...) L'estensione della CARD alle imprese estere è quindi un aspetto importante sia per una effettiva parità di condizioni di tutte le imprese operanti in Italia, sia per salvaguardare i benefici acquisiti dalla CARD a favore dei consumatori: la presenza di imprese fuori CARD crea disparità di trattamento per tutti quei danneggiati che dovessero avere la doppia sfortuna di subire un incidente e di incorrere in un'impresa di controparte estera non aderente alla CARD"; la legge sulla concorrenza 2021 ha posto quindi fine alla disparità di trattamento tra tutte le imprese operanti nel ramo della responsabilità civile auto permettendo il superamento delle distorsioni concorrenziali, derivanti dalla non applicabilità del sistema CARD alle imprese di assicurazione con sede legale in altri Stati membri; fino all'approvazione del

disegno di legge, le imprese italiane erano obbligate ad aderire alla procedura CARD, mentre le imprese comunitarie erano libere di aderirvi o meno;

tale differente regime ha nel tempo determinato: una posizione di ingiustificato vantaggio competitivo da parte delle imprese comunitarie (che potevano esercitare la scelta di adesione o meno alla CARD, scelta preclusa alle compagnie italiane obbligate *ex lege*); un crescente svantaggio economico per le compagnie nazionali perché il sistema CARD non era applicato a tutti i sinistri; una limitazione dell'efficienza complessiva del sistema, posto che le imprese comunitarie non erano indotte dagli incentivi ad efficientare la lotta alle frodi; un pregiudizio per gli assicurati con compagnie italiane che subivano un sinistro da un veicolo assicurato in Italia con un'impresa comunitaria; un servizio peggiorativo in termini di tempi di liquidazione del sinistro (dato che la possibilità di ricevere il risarcimento dei danni materiali entro 30 giorni dalla richiesta è regolamentato solo nell'ambito del sistema CARD); la possibilità esclusiva per le compagnie comunitarie di fare arbitraggio tra contratti CARD e non CARD a seconda della previsione di convenienza dell'uno dell'altro sistema; l'estensione dell'obbligo di adesione al sistema introdotto dalla legge sulla concorrenza è quindi stata un intervento normativo di primaria importanza volto a ripristinare le condizioni di equità concorrenziale sul mercato assicurativo italiano, superando le distorsioni che di fatto permettevano agli operatori stranieri "arbitraggi" regolamentari;

considerato che, per quanto risulta all'interrogante:

da articoli di stampa si apprende che Confindustria ANCMA (Associazione nazionale ciclo motociclo) "torna a scagliarsi contro la legge Concorrenza, chiedendo il rinvio immediato delle disposizioni legate al CARD, ovvero la Convenzione tra Assicuratori per il Risarcimento Diretto" ("ANCMA si scaglia contro la CARD", su "formulapassion.it", 29 novembre 2022);

in un altro articolo (24 novembre 2022), rinvenibile su "ancma.news" ANCMA afferma: "Come ampiamente previsto, gli effetti della norma, operativa del 1° gennaio 2023, hanno già portato ad aumenti di oltre il 30 sui preventivi dei premi assicurativi (...) secondo i dati forniti dal portale Facile.it".

ANCMA ha fra i suoi associati B2C Innovation S.p.A., intermediario che distribuisce un prodotto assicurativo dedicato alle 2 ruote, offerto da Sogessur SA, compagnia estera che non aderisce al sistema CARD;

"Facile.it" a sua volta è un portale *on line* di comparazione di servizi di assicurazione, mutui, prestiti, energia, telecomunicazioni, che fa capo a Facile.it broker di assicurazioni S.p.A. e, in ambito assicurazioni auto, fra le altre, propone in esclusiva un prodotto assicurativo offerto da Wakam SA, impresa estera che non aderisce a sistema CARD, attraverso Brokerhero, intermediario che è parte del gruppo Facile.it. È quindi un *broker* assicurativo che attivamente partecipa ai vantaggi della non applicabilità del sistema CARD alle imprese estere; in un mercato come quello della responsabilità civile auto, dominato dalla competizione

sul prezzo, l'assenza di risarcimento diretto conferisce alle compagnie estere la possibilità di ridurre i servizi offerti a scapito dei clienti, e, ancor più grave, la possibilità per le sole compagnie estere di operare attraverso i propri distributori un vero e proprio arbitraggio tra coperture CARD e no CARD, consente alle compagnie stesse di praticare prezzi RCA più bassi a beneficio dei possessori di auto di gamma alta e più recente immatricolazione, ovvero con costi di riparazione mediamente più alti del *forfait* CARD, generando un'arbitraria riduzione dei prezzi ad esclusivo beneficio di una parte dei clienti che discrimina coloro che possiedono auto più vetuste e di minor valore, ovvero con costi di riparazione mediamente più bassi del *forfait* medio; un'ulteriore proroga dell'entrata in vigore del sistema CARD significherebbe quindi il perdurare di una concorrenza non equa tra compagnie estere ed italiane: le prime potrebbero continuare a godere, grazie alla normativa italiana, di un vantaggio economico inaccessibile alle seconde, perpetuando una discriminazione a svantaggio dei clienti che possiedono auto di minor valore,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo ritenga opportuno vigilare sulla corretta applicazione della norma definita nella legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (legge n. 118 del 2022) al fine di garantire la parità di trattamento fra i consumatori e la leale concorrenza tra le imprese.

INTERROGAZIONE CON CARATTERE D'URGENZA SUL "PROGETTO RAVENNA" DI CATTURA E STOCCAGGIO DELL'ANIDRIDE CARBONICA

(3-00134) (12 gennaio 2023)

CROATTI - *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica* - Premesso che:

recentemente l'amministratore delegato di ENI, Claudio Descalzi, e l'amministratore delegato di SNAM, Stefano Venier, hanno dato vita a una *joint venture* paritetica con cui collaboreranno allo sviluppo e alla gestione della fase 1 del "progetto Ravenna" di cattura e stoccaggio dell'anidride carbonica (CCS);

in particolare, il sistema prevede la cattura dell'anidride carbonica prodotta dall'industria, per lo più quella pesante, ma anche dalla creazione dell'idrogeno blu ottenuto dal gas e il successivo stoccaggio;

l'obiettivo della CCS è quello di "salvare" i combustibili fossili (carbone, petrolio e gas), che in questo modo potrebbero essere considerati "a basse emissioni" visto che queste tecnologie non consentirebbero comunque emissioni zero;

nel caso del progetto Ravenna lo stoccaggio finirà in un giacimento dismesso al largo, sottostante una piattaforma, a poco più delle 12 miglia dalla costa;

il progetto prosegue, nonostante anni di proteste sul territorio e manifestazioni, e l'accordo prevede anche di portare avanti studi e attività per successive fasi di sviluppo;

in questa fase è prevista la cattura di 25.000 tonnellate di anidride carbonica prodotte dalla centrale ENI di trattamento di gas naturale di Casalborgone e il loro convogliamento verso la piattaforma di "Porto Corsini mare ovest" dove sarà iniettata nell'omonimo giacimento a gas che è però esaurito e che non dovrà così essere smantellata;

stando a quanto riportato dalla stampa la *joint venture* e il CCS sarebbero parte del motivo per cui il Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica, Gilberto Pichetto Fratin, è intervenuto all'ultimo Consiglio Energia sul pacchetto per decarbonizzare il mercato del gas e dell'idrogeno ("il Fatto Quotidiano", 27 dicembre 2022);

la Commissione europea a dicembre 2021 ha proposto una revisione della legislazione, che risale al 2009. La Commissione ha proposto un limite massimo del 5 per cento per l'aggiunta di idrogeno nella rete del gas nei punti di interconnessione tra gli Stati. Tuttavia già qualche mese fa 90 aziende energetiche europee, tra cui anche Italgas e SNAM, avevano scritto una lettera a Bruxelles chiedendo maggiore flessibilità, anche per salvaguardare infrastrutture e produzione in una fase transitoria, dunque per avere più tempo rispetto a quando potranno sviluppare e trasportare solo idrogeno, meglio ancora idrogeno verde, al

momento ancora troppo costoso da produrre rispetto all'idrogeno blu che invece è prodotto dal gas;

considerato che:

l'idea di "catturare" l'anidride carbonica al camino di un impianto, intubarla e stoccarla nel sottosuolo, magari avendola utilizzata in qualche processo industriale, è l'obiettivo perseguito dall'industria fossile da oltre un ventennio con risultati finora deludenti e con ingenti costi;

i fallimenti sembrano segnare lo sviluppo di questa tecnologia. In Texas, a Petra Nova, nel 2020 un impianto collegato a una centrale a carbone dell'azienda NRG è stato bloccato per gli elevati costi. L'anidride carbonica poi sarebbe stata utilizzata per estrarre petrolio, ma in una fase di bassi prezzi del petrolio i costi non sono sopportabili;

il processo del CCS è molto energivoro, ragion per cui a Petra Nova un impianto a gas produceva energia (le cui emissioni non venivano abbattute) per catturare l'anidride carbonica dal camino della centrale a carbone e usarla per estrarre petrolio. L'impianto di Petra Nova, entrato in funzione nel 2017 e fermato nel 2020, aveva già avuto 367 giorni di fermo tecnico per problemi di funzionamento e, nel complesso, ha comportato perdite economiche per un miliardo di dollari;

un altro esempio è quello registrato nel 2021 all'impianto Gorgon della Chevron in Australia utilizzato presso un terminale di liquefazione del gas. Dopo 5 anni di funzionamento i risultati sono stati di una cattura del 24 per cento dell'anidride carbonica emessa rispetto a un obiettivo dell'80 per cento. La perdita economica ammonta a 3 miliardi di dollari;

considerato infine che:

molti sono i punti interrogativi su questa tecnologia e, nell'ottica dello sviluppo di un piano energetico italiano che guardi al futuro e alla sostenibilità ambientale ed economica del nostro Paese, questi progetti dovrebbero essere approfonditi in ogni aspetto;

appare comunque chiaro come questi progetti vadano nella direzione opposta rispetto a un percorso di completa decarbonizzazione del Paese,

si chiede di sapere:

se risponda al vero che tra il Ministro in indirizzo e i rappresentanti di ENI e SNAM sussista un'intesa in merito al progetto ravennate per lo sviluppo del sistema di raccolta e stoccaggio dell'anidride carbonica e, in caso affermativo, quali siano i termini dell'intesa;

quale sia la posizione del Governo in merito a questo tipo di tecnologia;

se non si ritenga opportuno evitare di sostenere i progetti con risorse pubbliche, considerato che la tecnologia al momento non ha sostenibilità economica, presenta

criticità connesse alla sicurezza ed è in contrasto con le politiche di decarbonizzazione del Paese.

INTERROGAZIONE SULLA PROSPETTIVA DI CHIUSURA DEL TERMOVALORIZZATORE DI LIVORNO

(3-00180) (31 gennaio 2023) (già 4-00100) (20 dicembre 2022)

POTENTI - *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica* - Premesso che:

il termovalorizzatore di Livorno, sito in località Picchianti, rappresenta un impianto di recupero energetico di eccellenza nel trattamento dei rifiuti urbani secondo gli *standard* ambientali comunitari, in grado di chiudere il ciclo dei rifiuti, nell'ottica di una costante diminuzione del ricorso allo smaltimento in discarica;

con una potenzialità di 180 tonnellate al giorno, l'impianto brucia una parte dei rifiuti raccolti nella città di Livorno per produrre energia elettrica, che viene immessa direttamente nella rete di distribuzione ENEL, mentre i residui solidi prodotti vengono successivamente inviati agli impianti di trattamento per il recupero di materia;

ad ottobre 2023 scade l'autorizzazione integrata ambientale (AIA) dell'impianto, il quale dovrà essere spento e si stanno avviando le procedure per il suo spegnimento;

lo spegnimento del termovalorizzatore è fonte di profonde preoccupazioni da parte della cittadinanza, non solo per i lavoratori dell'impianto, con oltre 30 professionalità, ma anche per tutti gli impatti ambientali, economici ed energetici che ne deriverebbero;

una chiusura forzata e priva di un piano organico, strategico e sostenibile anche per il breve e medio periodo, rischia di generare una crisi dei rifiuti a Livorno, e all'intera regione, con ripercussioni a livello nazionale, così come già accaduto, e ancora non risolto, in altre importanti città italiane;

la chiusura del termovalorizzatore comporterà necessariamente il conferimento dell'indifferenziato e dei rifiuti sanitari attualmente smaltiti nell'impianto presso discariche o impianti fuori città e fuori regione, tramite il trasporto con mezzi su gomma, con tutte le conseguenze e gli impatti economici e ambientali che ne conseguono, anche in termini di tasse per i cittadini, di inquinamento e di congestione stradale;

dal punto di vista energetico si evidenziano i mancati ricavi legati alla vendita dell'energia ma soprattutto l'impatto derivante dalla chiusura di un importante impianto per la produzione di energia elettrica, che in questi mesi, data la crisi internazionale attualmente in corso, rappresenta una priorità del Paese;

al momento all'interrogante risulta che non siano ancora chiari i tempi per l'entrata in funzione di nuovi impianti né soluzioni alternative all'inceneritore di Livorno, rendendo realistico il timore di vedere la città e l'intera regione, nonché l'intero Paese, impegnato a trovare soluzioni tampone e provvisorie insoddisfacenti e che rischiano di protrarsi per anni;

considerato che:

il Paese ha vissuto una crisi sanitaria e sociale drammatica che ha lasciato molti cittadini in situazioni economiche e sociali precarie e da cui non si è ancora ripreso e la crisi energetica in atto sta incidendo ulteriormente e con estrema gravità su famiglie e imprese;

in questi mesi, il Governo è chiamato ad intervenire con misure coraggiose e importanti per sostenere famiglie e imprese nel pagamento di bollette sempre più onerose e ad incrementare le riserve energetiche nazionali, e in questo contesto la chiusura di un termovalorizzatore efficace ed efficiente come quello di Livorno appare quantomai pericolosa e incoerente e quindi fonte di profonde preoccupazioni per la cittadinanza,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo intenda intervenire aprendo un tavolo di confronto con tutte le parti interessate, con lo scopo di individuare misure concrete intese a garantire un periodo di transizione realistico per la chiusura o l'adeguamento del termovalorizzatore di Livorno, scongiurando scelte dannose fondate su ideologie o pregiudizi, a discapito della transizione energetica e ambientale del Paese e dell'auspicata ripresa economica.

INTERROGAZIONI CON CARATTERE D'URGENZA SU INIZIATIVE INTERNAZIONALI PER FAR CESSARE LE VIOLENZE IN IRAN

(3-00034) (16 novembre 2022)

CAMUSSO, D'ELIA, VALENTE, FURLAN, ASTORRE, RANDO, ROJC, VERINI, ZAMBITO - *Al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale* - Premesso che:

il 13 settembre 2022 Mahsa Amini è stata arrestata a Teheran per aver indossato “abiti inappropriati” dalla polizia morale, un’unità di polizia responsabile del controllo e degli arresti nei casi di violazione del codice di abbigliamento per le donne introdotto all’indomani della rivoluzione islamica iraniana del 1979. La ragazza, come denunciato dalla famiglia, è deceduta dopo tre giorni di coma a seguito delle violente percosse subite. Il capo della polizia di Teheran, il generale Hossein Rahimi, ha immediatamente respinto le accuse e ha parlato, invece, “di uno sfortunato incidente”, arrivando finanche a sostenere che la morte della giovane sia stata causata da infarto, nonostante gli evidenti segni di violenza presenti sul corpo;

a seguito della morte di Mahsa Amini, in più di 200 città iraniane si è sollevata una protesta che ha visto attivarsi inizialmente le giovani donne iraniane e successivamente tanta parte della popolazione, che si è aggiunta nel corso dei giorni alla protesta. Moltissimi tra cittadine e cittadini hanno riempito pacificamente le strade, le università, le scuole oltre a diversi impianti di raffineria al grido di “donna, vita, libertà”, cantando e ballando per le strade, e molte donne hanno scelto di togliersi il velo mettendo a rischio continuamente la propria vita;

la repressione attuata dalle forze di polizia è stata durissima e, secondo quanto riportato lo scorso 25 ottobre dall’agenzia di stampa “Hrana”, ci sarebbero stati circa 248 vittime e oltre 12.000 arresti, numeri che purtroppo sono destinati ad aumentare;

anche i numeri delle detenute e dei detenuti nelle carceri iraniane, persone arrestate a seguito delle proteste, sono altissimi e si teme la condanna alla pena capitale per molte e molti di loro;

nel carcere di Evin a Teheran, nel quale era detenuta anche Alessia Piperno, connazionale arrestata lo scorso 28 settembre, si trovano molte e molti giovani iraniani ed anche cittadini di Paesi europei ed occidentali;

la liberazione di Alessia Piperno è stata una bellissima notizia per tutto il Paese, liberazione per cui hanno lavorato con grande professionalità le forze di *intelligence* e diplomatiche del nostro Paese;

da parte di diversi Paesi europei si sono levate autorevoli voci di condanna in merito alla feroce repressione in corso in Iran. In tal senso basti pensare che la Germania ha deciso di inserire i Pasdaran nella lista delle organizzazioni terroristiche, e chiederà, nei prossimi giorni, all'Europa di approvare sanzioni nei confronti dell'Iran,

si chiede di sapere:

quali iniziative necessarie e urgenti il Ministro in indirizzo intenda intraprendere per condannare fermamente la repressione in atto nel Paese e sostenere la pacifica protesta dei giovani iraniani;

se non ritenga necessario e urgente attivarsi in tutte le opportune sedi internazionali, nonché in sede europea, al fine di sostenere ogni iniziativa che condanni e isoli il Governo iraniano;

se non ritenga altresì opportuno promuovere il più celermente possibile un incontro con una rappresentanza delle cittadine e dei cittadini iraniani presenti nel nostro Paese e che hanno ripetutamente manifestato in diverse città italiane.

(3-00059) (24 novembre 2022)

GELMINI, LOMBARDO - *Al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale* - Premesso che:

il 16 settembre 2022, una donna iraniana di 22 anni di nome Mahsa Amini è morta in un ospedale di Teheran, in Iran, in circostanze sospette;

qualche giorno prima, ella era stata arrestata perché accusata di indossare l'*hijab* in maniera non conforme rispetto ai rigidi dettami imposti dal Governo iraniano;

trasferita in caserma aveva subito lesioni direttamente dalla polizia di moralità religiosa del Governo iraniano, cui ne era affidata la custodia;

la forza disciplinare della Repubblica islamica dell'Iran avrebbe dichiarato che Amini prima di esser trasferita in ospedale avrebbe avuto un attacco di cuore in una stazione di polizia, senza fornire ulteriori dettagli, nonostante ella non avesse mai sofferto di patologie croniche;

testimoni oculari, comprese le donne detenute con la ragazza, avrebbero, invece, affermato che Mahsa Amini sia stata picchiata, fino al decesso probabilmente dovuto alle brutalità perpetrate dalla polizia, versione che è stata negata dalle autorità iraniane;

la morte di Mahsa Amini ha provocato una serie di manifestazioni tra le più grandi nel Paese almeno dal 2009, con manifestanti che si sono tolte l'*hijab* o si sono tagliate pubblicamente i capelli come atto di protesta: quest'ultimo è diventato il

simbolo delle contestazioni, tra le più partecipate anche rispetto a quelle del 2009, 2017 e 2019;

le manifestazioni si sono svolte anche nelle strade di diverse città come Teheran, Yazd, Kermanshah, Sanandaj, Shiraz e Mashhad al grido di “donna, vita, libertà” e hanno raggiunto anche numerose università e in breve tempo si sono trasformate in un più ampio ed eccezionale dissenso civico e pacifico contro il regime religioso che governa l’Iran, che comunque ha iniziato a usare la violenza per reprimerlo;

secondo alcune organizzazioni per i diritti umani, sono stati uccisi circa 400 manifestanti, tra cui 58 bambini, sono state arrestate quasi 17.000 persone e inflitte diverse condanne a morte per aver partecipato alle contestazioni;

secondo notizie di stampa, oltre al caso più noto di Mahsa Amini, tante sono le violazioni dei diritti umani e delle libertà fondamentali in Iran: nei giorni scorsi si è verificato l’ennesimo caso grave a danno di una giovane atleta iraniana, Elnaz Rekabi, che aveva gareggiato al campionato del mondo di arrampicata sportiva, senza indossare l’*hijab* e per questo ricondotta a Teheran, privata dei documenti e del passaporto, senza che i familiari potessero avere notizie;

il caso di Elnaz Rekabi è l’ennesima gravissima violazione dei diritti fondamentali perpetrate dalle autorità iraniane nei confronti di chi non si adegua al regime;

diversi rappresentanti delle istituzioni europee e degli stessi Paesi membri dell’Unione europea hanno condannato espressamente il caso della morte della giovane Mahsa Amini;

la stessa Unione europea ha avviato un pacchetto di sanzioni nei confronti delle autorità iraniane per il ruolo assunto nella repressione contro le manifestazioni antigovernative, scoppiate dopo la morte della giovane,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo voglia sollecitare la rapida presa di posizione del Governo italiano al fianco delle donne che in questi mesi stanno protestando contro la repressione in atto Iran e se ritenga opportuno incontrare una delegazione di coloro che sono presenti nel nostro Paese;

quali iniziative intenda assumere per sollecitare l’azione delle istituzioni europee e degli organi internazionali al fine di approntare misure sanzionatorie volte a far desistere il Governo iraniano dal porre in essere ulteriori violazioni dei diritti umani e a salvaguardare i diritti fondamentali, anche per valutare forme di cooperazione e supporto ad un movimento civile e pacifico che si propone di difendere i più basilari diritti fondamentali, in armonia con il nostro ordinamento costituzionale e che, dunque, impone doveri di solidarietà.

INTERROGAZIONE SUI CONTRIBUTI AI PICCOLI COMUNI PER LA RIGENERAZIONE URBANA

(3-00002) (25 ottobre 2022)

PARRINI, ALFIERI, MISIANI, ZAMBITO Ylenia, FRANCESCHELLI - *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'interno, dell'economia e delle finanze, delle infrastrutture e della mobilità sostenibili e per gli affari europei, le politiche di coesione e il PNRR* - Premesso che:

la missione 5 (inclusione e coesione), componente 2 (infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore), investimento 2.1, del PNRR prevede uno stanziamento di 3,3 miliardi di euro per investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale;

l'articolo 1, commi 534, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio per il 2022) ha stanziato in favore dei Comuni contributi per un limite massimo di 300 milioni di euro per l'anno 2022 per investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti alla riduzione di fenomeni di marginalizzazione e degrado sociale, di miglioramento della qualità del decoro urbano e del tessuto sociale e ambientale. Il successivo comma 535 ha individuato fra i soggetti che possono richiedere i contributi i Comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti che, in forma associata, presentano una popolazione superiore a 15.000 abitanti nel limite massimo di 5 milioni di euro e i Comuni non beneficiari delle risorse attribuite con il decreto del Ministero dell'interno, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili 30 dicembre 2021, di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 21 gennaio 2021;

il comma 536 ha previsto, inoltre, il termine del 31 marzo 2022 per la presentazione delle richieste di contributo da parte dei suddetti enti locali, mentre il successivo comma 537 ha previsto, ai fini della ripartizione delle risorse disponibili, che: a) "qualora l'entità delle richieste pervenute entro tale data superi l'ammontare delle risorse disponibili, l'attribuzione è effettuata a favore dei comuni che presentino un valore più elevato dell'indice di vulnerabilità sociale e materiale (IVSM). Nel caso di forme associate è calcolata la media semplice dell'IVSM"; b) l'attribuzione del contributo è fatta assicurando il rispetto dell'articolo 7-bis del decreto-legge n. 234 del 2016 in materia di assegnazione differenziale di risorse aggiuntive alle Regioni Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia e Sardegna;

considerato che:

in applicazione dei suddetti criteri, il decreto del capo del Dipartimento per gli affari interni e territoriali del Ministero dell'interno 19 ottobre 2022 ha individuato, quali soggetti beneficiari dei contributi stanziati dalla legge di bilancio per il 2022

per investimenti in progetti di rigenerazione urbana, esclusivamente i Comuni delle regioni Calabria, Campania, Marche, Puglia e Sicilia, escludendo pertanto dai benefici le istanze regolarmente presentate da parte di Comuni collocati nel resto del territorio nazionale;

su un totale di 5.268 istanze presentate, per una richiesta complessiva di oltre 5.600 milioni di euro, ne sono state accolte soltanto 202, di cui 93 relative a Comuni della regione Campania, 57 relative a Comuni della regione Calabria, 33 relative a Comuni della regione Sicilia, 13 relative a Comuni della regione Puglia e 6 relative a Comuni della regione Marche. Tutte le predette richieste, tranne una per ragioni di incoerenza della richiesta, sono state accolte senza sostanziali differenze tra contributo richiesto e importo finanziato;

fra i territori completamente esclusi dai suddetti benefici vi sono, tra gli altri, la Lombardia con 697 istanze depositate dai Comuni, il Piemonte con 620, il Veneto con 439, la Toscana con 322 e fra le regioni escluse del Centro-Sud colpisce la presenza della Sardegna che pur avendo depositato 304 istanze non ha ricevuto alcun finanziamento, dell'Abruzzo con 170 istanze e il Molise con 124 istanze;

rilevato che:

a seguito dell'emanazione del citato decreto ministeriale, numerosi Comuni, in ragione della validità dei progetti di rigenerazione urbana presentati, hanno sollevato forti perplessità sui criteri utilizzati per la selezione delle istanze che rischiano di determinare inaccettabili ed incomprensibili disparità territoriali e anche all'interno degli stessi territori beneficiari;

la stessa ANCI, con un comunicato del presidente Decaro, si è fatta portavoce delle proteste provenienti da sindaci e ANCI regionali di varie parti d'Italia, sottolineando che la graduatoria dei Comuni che riceveranno le risorse è stata compilata utilizzando, tra gli altri criteri, un indice di vulnerabilità sociale che l'ANCI ha più volte segnalato come non rispondente alla realtà dei territori;

la criticità nell'uso dell'IVSM, già ampiamente trattata negli ultimi mesi anche nel dibattito parlamentare, aveva portato il Governo, con l'articolo 28 del decreto-legge n. 17 del 2022 (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), a stanziare ulteriori 905 milioni di euro per coprire un maggior numero di interventi di rigenerazione urbana, di cui tuttavia non beneficiano esclusivamente i Comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti, in quanto sono finalizzate allo scorrimento della graduatoria di cui al decreto ministeriale 30 dicembre 2021,

si chiede di sapere:

se non si ritenga opportuno provvedere, con urgenza, ad un ulteriore e significativo stanziamento di risorse per investimenti in progetti di rigenerazione urbana da destinare esclusivamente ai Comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti

rimasti esclusi dalla ripartizione del decreto del capo del Dipartimento per gli affari interni e territoriali del Ministero dell'interno 19 ottobre 2022, al fine di consentire la realizzazione dei medesimi da parte di un numero quanto più ampio possibile di piccoli Comuni, indipendentemente dalla loro condizione di vulnerabilità sociale e materiale;

se non si ritenga opportuno, in vista degli ulteriori interventi previsti in tema di rigenerazione urbana, utilizzare nuovi criteri di selezione dei progetti depositati dai Comuni, utilizzando, come più volte segnalato dall'ANCI, criteri diversi dall'IVSM e più rispondenti alla realtà dei territori.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA, AI SENSI DELL'ART. 151-BIS DEL REGOLAMENTO

INTERROGAZIONE SULL'EQUIPARAZIONE DEI DOCENTI AFAM AI DOCENTI UNIVERSITARI

(3-00190) (1 febbraio 2023)

PIRONDINI - Al Ministro dell'università e della ricerca - Premesso che:

ai sensi della legge 21 dicembre 1999, n. 508, le accademie di belle arti, l'Accademia nazionale di arte drammatica, i conservatori di musica, gli istituti musicali pareggiati e gli istituti superiori per le industrie artistiche (ISIA), operano nel settore terziario dell'istruzione al pari degli atenei universitari;

tali istituzioni si inseriscono nel settore dell'alta formazione artistica musicale e coreutica (AFAM), attivano corsi di laurea triennale e magistrale cui si accede con il diploma di scuola secondaria, nonché corsi di specializzazione e dottorati di ricerca, corrispondentemente a quanto avviene negli atenei universitari;

sempre ai sensi della citata legge, si demandava a una serie di decreti attuativi l'organizzazione della fase transitoria al sistema universitario. Tuttavia i decreti a oggi non sono ancora stati tutti emanati: tale ritardo ha inciso profondamente nel rallentare il completo passaggio al settore universitario, precarizzando il sistema, secondarizzandolo, e relegandolo alla stregua del sistema secondario di istruzione per anni;

considerato che il processo di riforma internazionale dei sistemi di istruzione superiore dell'Unione europea (detto "processo di Bologna"), che si era proposto di realizzare, entro il 2010, lo spazio europeo dell'istruzione superiore (EHEA, European higher education area), imponeva all'Italia, quale Stato membro, di traghettare anche le arti nel settore terziario di istruzione;

valutato che:

la legge 24 dicembre 2012, n. 228, ha determinato l'equipollenza dei titoli rilasciati dalle istituzioni AFAM con quelli universitari, ovvero: tutti i diplomi accademici di primo livello rilasciati ai sensi della legge n. 508 del 1999 sono equipollenti ai titoli di laurea rilasciati dalle università appartenenti alla classe L-3 (discipline delle arti figurative, della musica, dello spettacolo e della moda, di cui al decreto ministeriale 16 marzo 2007); i diplomi accademici di secondo livello rilasciati ai sensi della legge n. 508 sono equipollenti ai titoli di laurea magistrale (secondo livello) rilasciati dalle università di cui al decreto ministeriale 16 marzo 2007

(*Gazzetta Ufficiale* n. 155 del 9 luglio 2007) appartenenti alle diverse classi di laurea magistrale, fra cui la classe LM-12 (design) per i diplomi rilasciati dagli istituti superiori per le industrie artistiche, nonché dalle accademie di belle arti nell'ambito della scuola di "progettazione artistica per l'impresa"; LM-45 (musicologia e beni musicali) per i diplomi rilasciati dai conservatori di musica, dall'Accademia nazionale di danza e dagli istituti musicali pareggiati; LM-65 (scienze dello spettacolo e produzione multimediale) per i diplomi rilasciati dall'Accademia nazionale di arte drammatica, nonché dalle accademie di belle arti nell'ambito delle scuole di "scenografia" e di "nuove tecnologie dell'arte", LM-89 (storia dell'arte) per i diplomi rilasciati dalle accademie di belle arti nell'ambito di tutte le altre scuole, e via enumerando;

gli istituti AFAM sono stati abilitati ad attivare corsi utili al conseguimento dei 24 crediti formativi attivi abilitanti, quindi forniscono formazione al personale di scuola secondaria;

valutato infine che:

per il valore storico, culturale, di immagine e di eccellenza che tali istituzioni rappresentano per il nostro Paese, un completo adeguamento al settore universitario analogamente a quanto è avvenuto negli Stati membri europei oramai da tempo appare improcrastinabile;

a un sistema di equipollenze "a valle" non è corrisposto tuttavia un sistema di equipollenze "a monte", quale presupposto e non conseguenza del primo, lasciando così irrisolto un problema cardine, ovvero come debba essere inquadrato e collocato il personale delle istituzioni AFAM in relazione al personale universitario, evidenziando, in tal modo un'equiparazione all'università, più vagheggiata che raggiunta, in apparente contrasto con il dettato normativo della legge n. 508 del 1999;

a parità di carico orario, un professore delle istituzioni AFAM, a fine carriera, percepisce circa un terzo dello stipendio di un professore universitario. La retribuzione di un professore delle istituzioni AFAM risulta pertanto pari a uno stipendio di scuola secondaria (senza neanche poter beneficiare della "carta del docente"), cui si deve aggiungere un esiguo "assegno alta formazione" che si matura con la massima progressione di carriera nella metà del tempo,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo intenda equiparare a tutti gli effetti le retribuzioni dei docenti AFAM a quelle dei professori universitari, garantendo al sistema AFAM e ai suoi professori una maggiore dignità, in linea con quanto avviene in tutti gli altri Paesi dell'Unione europea.

INTERROGAZIONE SUI CANALI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE

(3-00192) (1 febbraio 2023)

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

il sistema sanitario pubblico integrato di ASL e strutture o laboratori in convenzione è oggi congestionato, e non solo per i ritardi accumulati durante gli ultimi 3 anni del COVID-19;

i tempi di attesa sono troppo lunghi ed i canali di accesso ai CUP attraverso i *call center* non riescono a intercettare la domanda di servizi di tutti quei soggetti fragili, stimati in Italia in 4 milioni, anziani o disabili, che, pur bisognosi di cure urgenti, non hanno "corsie preferenziali" di accesso ai servizi di cura sul territorio o negli ospedali;

da stime fatte da associazioni di settore, sono quasi 4 milioni gli *over 60* con fragilità di grado moderato che necessitano di un monitoraggio e un'assistenza continui per evitare che precipiti portando con sé disabilità gravi, ospedalizzazioni e decessi;

i più colpiti sono gli anziani con basso reddito e chi vive al Sud, ma non mancano le eccezioni. Servizi di assistenza domiciliare e RSA non sono proporzionati al numero dei fragili in 3 regioni su 4,

si chiede di sapere:

quali fondi e quali iniziative siano state approntate per risolvere i problemi della gran parte dei cittadini che sono da considerare fragili, a vario titolo e per condizioni contingenti, che nell'intento di curarsi si rivolgono al servizio sanitario pubblico del proprio territorio regionale utilizzato il circuito previsto dai CUP senza riuscire ad effettuare, in tempi stretti, gli esami e gli *screening* richiesti dal proprio medico di famiglia;

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno individuare nuovi percorsi di priorità di accesso alle cure ambulatoriali e ospedaliere e alle diagnosi e per ulteriori tipologie di persone fragili oltre agli anziani, ai disabili, alle persone non autosufficienti con severità grave, ai malati oncologici gravi e ai minori.

INTERROGAZIONE SULLA CHIUSURA DELL'OSPEDALE DI MALCESINE (VERONA), CENTRO DI RIFERIMENTO PER GLI ESITI TARDIVI DELLA POLIOMIELITE

(3-00187) (1 febbraio 2023)

FLORIDIA Aurora, DE CRISTOFARO - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

l'Italia è stata ufficialmente certificata "polio-free" il 21 giugno 2002; la poliomielite è ricomparsa anche in Paesi in cui si pensava che questa malattia appartenesse ormai al passato e non è ancora stata debellata del tutto in Paesi come l'Afghanistan e il Pakistan. Pur se sotto controllo, va continuamente monitorata la sua possibile reintroduzione nel nostro Paese;

a livello globale, nel 2022 si è infatti registrato un nuovo aumento dei casi, dovuto alla ricomparsa del virus in Paesi che lo avevano debellato da decenni: Malawi, Mozambico, Israele, ma anche Londra, dove il virus è stato identificato in campioni fognari, e nello stato di New York, dove ha provocato la paralisi di un cittadino;

in Italia si stima che oltre 70.000 persone, sopravvissute alla malattia, ne abbiano subito e ne patiscano tuttora gli esiti;

nel corso dei decenni, fra i vari centri dedicati alla terapia e alla degenza, l'ospedale di Malcesine, sul lago di Garda, in provincia di Verona, è stato l'unico a non cessare mai l'attività a favore dei pazienti con esiti di poliomielite, mantenendo sempre dei letti dedicati ai pazienti con questa patologia, tenendo quindi viva la conoscenza e l'esperienza maturata dall'applicazione di tecniche e trattamenti effettuati su questo tipo di malattia;

il 29 marzo 2007 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha stabilito che il presidio ospedaliero di Malcesine è riconosciuto quale centro di riferimento nazionale per lo studio e la cura degli esiti tardivi della poliomielite, seppure senza oneri a carico del Servizio sanitario nazionale;

il 30 novembre 2014, presso la Camera dei deputati, l'ordine del giorno 9/02679-bis-A/249 ha impegnato il Governo a valutare l'opportunità di farsi promotore di un accordo, da sottoporre in sede di Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, affinché tutte le Regioni e le Province autonome concorrano con fondi alla gestione del centro nazionale di riferimento per lo studio e la cura degli esiti tardivi della poliomielite, al fine di non lasciare l'onere gestionale del centro nazionale alla sola Regione Veneto;

nel corso degli anni, più volte è stata paventata la chiusura del nosocomio di Malcesine, provocando la comprensibile preoccupazione da parte dei pazienti che

provengono da tutte le regioni d'Italia, delle loro famiglie e dal personale medico. Forte preoccupazione condivisa anche dalla popolazione residente tra Malcesine e Lazise, che si trova in forte difficoltà rispetto alla copertura sanitaria, con milioni di presenze di turisti che ogni anno visitano la sponda veronese del lago di Garda e ai quali, l'ospedale di Malcesine, attualmente garantisce un punto di primo intervento;

attualmente la struttura è parzialmente operante, ma non si può certo affermare che goda di ottima salute. Infatti, secondo una ricognizione effettuata da FP CGIL Verona e dall'associazione AIDM con sede interna all'ospedale, sulla base di quanto previsto dal piano socio-sanitario della Regione Veneto, in area riabilitativa (benché le tabelle 2019 del suddetto piano regionale indichino 50 più 30 *extra-Regioni* posti) ad oggi sono attivi soltanto 25 posti letto dei 50 indicati, a causa di lavori programmati da più di sette anni. Mancano ancora, inoltre, tutti e 30 i posti letto che le schede ospedaliere dedicherebbero ai pazienti da fuori regione. Pertanto i posti letto mancanti risultano essere 55 su 80, più della metà, e vi sono più o meno 800 disabili in lista di attesa che attendono di essere ricoverati;

il depotenziamento di questa struttura sanitaria rischia di inficiare la cura dei malati *post polio* e la sola avanguardia ad un possibile ritorno della malattia su scala nazionale,

si chiede di conoscere quali azioni il Ministro in indirizzo intenda mettere in campo, al fine di scongiurare la chiusura o un ulteriore depotenziamento dell'ospedale di Malcesine.

INTERROGAZIONE SULLE MISURE PER CONTRASTARE LA CRONICA CARENZA DI PERSONALE IN AMBITO SANITARIO

(3-00188) (1 febbraio 2023)

PAITA, SBROLLINI, GELMINI - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

la carenza di personale sanitario può stimarsi in circa 25.000 medici e 63.000 infermieri, a fronte di un sistema sanitario che, in ragione della crisi della natalità, sarà chiamato a rispondere a una popolazione che nel 2050 sarà costituita, per circa l'8 per cento, da persone con più di 85 anni, a fronte di pensionamenti che, per il prossimo quinquennio, sono stimati in 21.050 unità per gli infermieri e 29.331 unità per i medici;

detta cronica carenza di personale, destinata pure ad aggravarsi, ha già pregiudicato fortemente non solo la capacità del SSN di rispondere alla pandemia, ma anche la possibilità di offrire risposte globali e tempestive a tutti i pazienti, acuendo richiamati (e drammatici) fenomeni sanitari e sociali della rinuncia alle cure, dell'aumento delle liste d'attesa e della mobilità passiva non fisiologica;

secondo il *report* dell'Osservatorio GIMBE 1/2021, tra il 2019 e il 2020 la riduzione complessiva delle prestazioni sanitarie si attesta su un valore di meno 144,5 milioni, di cui la maggior parte (90,2 per cento) in strutture pubbliche, mentre i dati AGENAS-MeS Sant'Anna di Pisa mostrano una diminuzione media del 40 per cento delle attività di *screening* per condizioni cliniche, il cui esito è fortemente condizionato dalla tempestività della diagnosi (ad esempio mammografie);

le tempistiche per ricevere assistenza sanitaria sono sempre più lunghe e aumentano il rischio di pregiudicare le più elementari esigenze di prevenzione, che si pongono alla base di qualsivoglia sistema di tutela sanitaria: tempi d'attesa spesso superiore a un anno e che spesso non riguardano solo le tempistiche relative alla diagnosi, ma anche quelle relative agli interventi terapeutici e assistenziali-riabilitativi, che vengono posti in essere con ritardi che finiscono inesorabilmente per aggravare il quadro clinico del paziente;

secondo il rapporto civico sulla salute di "Cittadinanzattiva", nel 2021 almeno l'11 per cento delle persone ha rinunciato a visite ed esami diagnostici o specialistici per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio, con punte superiori al 18 per cento in alcune regioni, quali la Sardegna, comunque non distanti dai livelli di "rinuncia" di Abruzzo, Lazio e Molise (lo stesso rapporto denuncia che per alcune diagnostiche si possono raggiungere anche i due anni di attesa);

le strutture sanitarie, nonostante le risorse stanziare nel corso della pandemia, abbisognano ancora di urgenti interventi di rinnovamento, posto che più del 70 per cento degli edifici risale a più di 50 anni fa;

le forti criticità in materia di spazi e personale sono emerse in tutta la loro drammaticità in relazione a quanto avvenuto a gennaio 2023 all'ospedale "Pertini" di Roma, a conferma di quanto il *rooming-in*, ma anche l'approntamento di spazi dedicati al *partner* o ai reparti rappresenti una priorità assoluta, a diretto presidio della tutela della salute di tutti;

a queste difficoltà si aggiunge l'attuale carenza di alcuni farmaci d'uso comune e stagionale, come i più utilizzati antinfiammatori, antipiretici, antibiotici e medicinali per la gestione di importanti malattie croniche, come l'ipertensione, l'epilessia, e persino alcuni antitumorali: garantire la sicurezza degli approvvigionamenti dei farmaci è interesse preminente della Repubblica e nessun ritardo o mancanza può registrarsi sotto questo versante,

si chiede di sapere quali iniziative di competenza il Ministro in indirizzo intenda adottare per risolvere le criticità esposte, al fine di garantire piena tutela al fondamentale diritto alla salute sancito in Costituzione e che rischia di essere pregiudicato dalla carenza di personale sanitario, di farmaci, strutture e tempi di attesa irragionevoli.

INTERROGAZIONE SUL PIANO DI PROGRAMMAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DELLA CAMPANIA, CON RIGUARDO ALL'AREA DI TORRE DEL GRECO

(3-00189) (1 febbraio 2023)

RONZULLI, SILVESTRO, BERLUSCONI, DAMIANI, FAZZONE, GASPARRI, LOTITO, OCCHIUTO, PAROLI, ROSSO, TERNULLO, ZANETTIN - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

il presidio ospedaliero "Agostino Maresca" di Torre del Greco (Napoli) è stato strutturato con una capienza di circa 250 posti letto per pazienti acuti, con alti livelli di specializzazione;

all'ospedale Maresca ricorrono, in caso di emergenza, i cittadini di Torre del Greco, di Ercolano, di Portici, di S. Giorgio a Cremano e di S. Sebastiano al Vesuvio ed è accorpato al presidio ospedaliero di Boscotrecase, che serve Boscotrecase, Boscoreale, Trecase e Torre Annunziata, ed insieme costituiscono gli "ospedali riuniti area vesuviana" con la disponibilità di circa 100 posti letto solo per acuti, con un bacino totale di utenza di circa 340.000 unità;

a quanto risulta agli interroganti il servizio sanitario di assistenza ospedaliera sul territorio di competenza della ASL Napoli 3 sud sarebbe inefficace, inefficiente ed inappropriato per errata impostazione del "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/15 - DCA 103/18" e una notevole riduzione dei posti letto per acuti, con conseguente errata classificazione e dimensionamento del presidio ospedaliero "Agostino Maresca" e degli altri presidi dell'ASL Napoli 3 sud e un errato conteggio dei posti letto per acuti nella macro area più popolosa della stessa ASL;

i dati evidenziano l'assoluta insufficienza dell'offerta sanitaria sul territorio (0,34 posti letto pubblici per acuti ogni 1.000 abitanti), molto lontana dai parametri previsti dal decreto commissariale n. 49/10 (2,7 posti letto per 1.000 abitanti) ed anche dal decreto-legge n. 95 del 2012 (*spending review*) per il contenimento della spesa sanitaria (3 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti e tasso di ospedalizzazione di 160) e si chiarisce che gli indici 2,7 e 3 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti sono riferiti a strutture pubbliche e private, purché accreditate per il servizio di assistenza ospedaliera secondo il fabbisogno della ASL Napoli 3 sud;

tutta la rete ospedaliera di emergenza della ASL Napoli 3 sud è strutturalmente insufficiente per assicurare i minimi LEA, e le strutture private accreditate contribuiscono effettivamente alla rete dell'emergenza solo se dotate di adeguato pronto soccorso e quello dell'ospedale Maresca, comunque, risulterebbe assicurare circa 25.000 accessi all'anno, seppure non adeguatamente registrati negli anni;

per non rendere ancora più critica la precaria situazione generale di assistenza della ASL NA3S, a parziale supporto degli esistenti presidi ospedalieri, attualmente dotati di un numero totale di posti letto considerevolmente inferiore a quello delle strutture private, come riportato nel decreto del commissario *ad acta* n. 103/18, potrebbero essere utilizzate direttamente o indirettamente con apposita convenzione alcune case di cura presenti sul territorio di competenza, purché rispondenti al fabbisogno della ASL Napoli 3 sud e appositamente accreditati per assistenza ospedaliera;

tali case di cura potrebbero essere "abbinare" ai presidi già classificati, affidando quindi loro una parte del bacino di utenza e dotandole di posti letto per acuti, in altre parole disponibili 24 ore su 24, secondo la disciplina di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015, in funzione dei reali bacini di utenza, creando una rete di emergenza-urgenza,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto esposto;

come intenda intervenire, nell'ambito delle proprie competenze, affinché la Regione Campania possa garantire una corretta programmazione, assicurando a tutti i cittadini un servizio di assistenza ospedaliera efficace, efficiente ed appropriato, come previsto dal decreto ministeriale n. 70 del 2015 e come richiesto dall'articolo 32 della Costituzione e come intenda salvaguardare l'ospedale "Maresca" di Torre del Greco a tutela della salute dei cittadini, con il potenziamento di ambulatori, reparti e servizi ed un pronto soccorso di eccellenza per l'intero territorio, ridando dignità ai pazienti e al personale sanitario.

INTERROGAZIONE SULLA VICENDA DEL NEONATO DECEDUTO ALL'OSPEDALE "PERTINI" DI ROMA

(3-00159) (25 gennaio 2023)

MURELLI, ROMEO - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

la vicenda del neonato deceduto a Roma all'ospedale "Pertini", soffocato nel letto della madre dopo essere stato allattato, sul quale la magistratura sta indagando, ha fatto emergere il dibattito sul *rooming-in*, ossia la pratica che consiste nel portare il bambino appena nato nella sua culla in stanza con la madre, in modo che possa restare insieme a lei;

tale triste accaduto ha portato alla memoria di molte donne i primi giorni dopo il parto, invero nei commenti alla notizia sono decine le testimonianze di donne che raccontano che, nonostante il *rooming-in* sia una pratica volontaria, non sia stata offerta loro alcuna alternativa;

il modello del *rooming-in* viene promosso dalle principali istituzioni internazionali, come l'Organizzazione mondiale della sanità, e nazionali, come il Ministero della salute, anche per quanto riguarda il corretto avvio all'allattamento al seno. A tal punto che il *rooming-in* è stato inserito, come riporta la dichiarazione congiunta tra OMS e UNICEF, tra i 10 passi fondamentali per il successo dell'allattamento. Ogni punto nascita e di assistenza al neonato dovrebbe, infatti, praticare il *rooming-in* e permettere alla madre e al bambino di restare insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale;

il modello organizzativo del *rooming-in* viene suggerito in quanto propone alla madre una formazione sulle cure da dedicare al neonato per affrontare al meglio le difficoltà e per rilevare in maniera tempestiva eventuali segni patologici;

tuttavia, risulta una buona pratica quando alla madre si affianca una figura di supporto, il *partner* o un'altra persona della famiglia, che possa alternarsi nella cura del neonato e offrire sostegno e riposo alla neo mamma, congiuntamente ad un valido e pronto sostegno del personale infermieristico nella presa in carico del bambino, specie nei casi in cui le condizioni personali e cliniche materne e del neonato non le permettano una precoce gestione autonoma del figlio. Viceversa questa modalità di gestione può diventare controproducente qualora la madre avesse necessità di riposare o riprendersi da un parto difficile o da un intervento chirurgico. In questi casi, infatti, il *rooming-in* dovrebbe essere interrotto per garantire alla mamma gli adeguati tempi di recupero;

le restrizioni dovute alla pandemia che hanno avuto un impatto notevole sulle neo mamme, in termini di assenza di accompagnamento, avrebbero dovuto far propendere per un sistema alternativo al *rooming-in*, individuando così come modello quello per cui il neonato resta al nido a cura delle infermiere, ostetriche,

puericultrici o personale dedicato e viene accompagnato dalla madre ogni intervallo di ore per essere nutrito,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno predisporre gli opportuni accertamenti in ordine all'episodio accaduto presso l'ospedale Pertini" di Roma e individuare delle opportune soluzioni al fine di stabilire un modello di *rooming-in* che preveda un'assistenza continua della madre e prescriva obbligatoriamente il modello del nido nelle ipotesi in cui, come quella odierna della pandemia da COVID-19, non sia possibile l'ingresso di familiari e dunque l'assistenza continua della neo mamma, al fine di evitare gravi conseguenze in tema di sanità come quella che si è appena perpetrata, affinché sia pienamente tutelata la salute fisica e psicologica delle neo mamme e dei neonati.

INTERROGAZIONE SULLE DISPARITÀ DI TRATTAMENTO TRA SPECIALIZZANDI MEDICI E NON MEDICI

(3-00191) (1 febbraio 2023)

CRISANTI, MALPEZZI, D'ELIA, RANDO, VERDUCCI - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

la legge 29 dicembre 2000, n. 401, recante norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario, all'articolo 8 (scuole di specializzazione), prevede che "Il numero di laureati appartenenti alle categorie dei veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi iscrivibili alle scuole di specializzazione post-laurea è determinato ogni tre anni secondo le medesime modalità previste per i medici dall'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, ferma restando la rilevazione annuale del fabbisogno anche ai fini della ripartizione annuale delle borse di studio nell'ambito delle risorse già previste";

tale previsione, con il richiamo all'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, riguardante la formazione dei medici specialisti, assicurava un sostanziale allineamento della condizione degli specializzandi non medici a quella dei medici, sia in relazione ai criteri di determinazione del numero di posti disponibili nelle scuole sulla base della rilevazione annuale del fabbisogno sia, soprattutto, prevedendo che tale rilevazione dispiegasse effetti anche in relazione alla ripartizione annuale delle borse di studio;

a fronte della mancata attuazione della disposizione, l'articolo 2-bis (scuole di specializzazione non mediche) del decreto-legge 29 marzo 2016, n. 42, recante disposizioni urgenti in materia di funzionalità del sistema scolastico e della ricerca, disponeva che, "Nelle more di una definizione organica della materia", le scuole di specializzazione "riservate alle categorie dei veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi" fossero attivate in deroga alle disposizioni di cui al richiamato articolo 8 della legge n. 401 del 2000, senza oneri per la finanza pubblica;

con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca n. 716 del 16 settembre 2016, adottato di concerto con il Ministro della salute, si è proceduto al riordino delle scuole di specializzazione ad accesso riservato ai "non medici", ma, nonostante l'articolo 2, comma 4, del decreto preveda che almeno il 70 per cento delle attività formative sia riservato allo svolgimento di attività professionalizzanti di tipo pratico e di tirocinio (si tratta di almeno 34 ore di lavoro in ospedale ogni settimana, più di 1.500 in un anno), nulla è stato disposto in relazione alla corresponsione di borse di studio;

inoltre, a decorrere dall'entrata in vigore del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il possesso di un titolo di specializzazione è diventato requisito necessario

per l'accesso alla dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale sia per i dirigenti di area medica sia per quelli di area non medica tra cui, ad esempio, i laureati in biologia;

considerato che:

la perdurante assenza di qualsivoglia forma di remunerazione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area non medica rappresenta una palese, ingiustificata e non più tollerabile disparità di trattamento degli specializzandi di area non medica rispetto agli specializzandi in possesso di laurea in medicina;

lo *status* economico e contrattuale degli specializzandi medici delle scuole di specializzazione di medicina è completamente diverso rispetto a quello degli specializzandi non medici;

in generale, il trattamento differenziato nell'ambito del percorso di specializzazione di medici e non medici non appare sorretto da alcuna ragionevole giustificazione, specie se si considera che, come gli specializzandi medici, anche gli specializzandi laureati in discipline di area sanitaria diverse dalla medicina sono sovente addetti, nell'ambito delle attività formative di tipo pratico, a mansioni di tipo operativo, ad esempio nei laboratori;

si tratta di una situazione che in pochi conoscono, ma che è diventata ancora più insostenibile dopo l'emergenza sanitaria da coronavirus, mesi nei quali biologi e biotecnologi sono stati in laboratorio ad analizzare i tamponi, esponendosi in prima linea al rischio di contagio, i fisici medici hanno continuato a lavorare per assicurare il corretto funzionamento dei macchinari, tra i quali quelli usati per la diagnosi del COVID-19, e i farmacisti ospedalieri hanno rifornito DPI e medicine anche ai contagiati domiciliari. Il tutto senza ricevere uno stipendio;

secondo quanto riportato da un articolo del settimanale "L'Espresso" del 15 giugno 2022, gli specializzandi di area non medica hanno denunciato con forza una vera e propria situazione di sfruttamento a cui i laureati, soprattutto in biologia, erano sottoposti nei laboratori degli ospedali, mentre lavoravano fianco a fianco dei loro colleghi medici titolari di un diverso trattamento economico e contrattuale;

considerato inoltre che oltre all'articolo 3 della Costituzione viene in rilievo l'articolo 34 della Costituzione, che pone in capo alla Repubblica l'obbligo di assicurare, mediante specifiche provvidenze, l'accesso ai gradi più alti degli studi ai "capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi"; a tale obbligo la Repubblica continua a non adempiere considerato l'alto costo delle scuole di specializzazione che non tutte le famiglie possono sostenere,

si chiede di sapere quali iniziative urgenti il Ministro in indirizzo intenda adottare, nell'ambito delle sue competenze, al fine di superare l'assurda disparità di trattamento tra gli specializzandi medici e gli specializzandi non medici, nel rispetto del principio di uguaglianza e della normativa vigente che ha previsto un'equiparazione che nei fatti non ha mai trovato attuazione, provvedendo altresì

a individuare, nel primo provvedimento utile, le risorse finanziarie necessarie a tal fine.

INTERROGAZIONE SULL'ADOZIONE DEL NUOVO PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE

(3-00186) (1 febbraio 2023)

ZAFFINI, MALAN, ZULLO, LEONARDI, BERRINO, MANCINI, RUSSO, SATTA - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

il 4 febbraio 2023 si celebra la 23esima giornata mondiale contro il cancro, World cancer day, promossa dalla "Union for international cancer control" e sostenuta dall'Organizzazione mondiale della sanità; la giornata è stata istituita con la Carta di Parigi, adottata durante il "World summit against cancer for the new millennium" tenutosi il 4 febbraio 2000 e ha lo scopo di evitare milioni di morti ogni anno attraverso l'educazione sulla malattia e la sensibilizzazione della popolazione, del personale medico-sanitario, dei *media* e delle istituzioni;

il rapporto dell'Associazione italiana di oncologia medica, "I numeri del cancro in Italia 2022", stima 390.700 nuove diagnosi di cancro nel 2022, mentre nel 2020 erano 376.600, con un incremento di 14.100 casi in due anni, dove pesano i gravi ritardi accumulati durante la pandemia da COVID-19, che ha avuto l'effetto di allungare ulteriormente le liste di attesa per esami diagnostici e di *screening*;

il piano oncologico nazionale (PON), documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027, adottato il 26 gennaio 2023 con l'intesa in Conferenza Stato-Regioni, ha lo scopo di migliorare il percorso complessivo di lotta alle patologie neoplastiche in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, *empowerment* e gradimento dei pazienti, e a contenere i costi sanitari e sociali da esse determinati;

in tale contesto, il PON individua, in coerenza con le finalità del piano europeo contro il cancro del 2021, obiettivi e linee strategiche da perseguire, dettando gli indirizzi per la prevenzione, la cura e l'assistenza ai malati di cancro con rinnovata attenzione ai percorsi assistenziali, grazie a un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico e con il grande obiettivo della riduzione fino all'eliminazione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e cura;

il nuovo piano è volto al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei sopravvissuti a una malattia oncologica, al potenziamento della ricerca e dell'innovazione (ad esempio nel campo della genomica dei tumori per una prevenzione e una terapia sempre più personalizzata), a rendere disponibili agli organi del Servizio sanitario nazionale e alla comunità scientifica i dati sulla frequenza dei tumori,

si chiede di sapere quali azioni intenda intraprendere il Ministro in indirizzo, anche d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, al fine di porre in essere in Italia gli obiettivi fissati dall'Europa, rispettando ogni singola voce indicata nel piano per

rafforzare la prevenzione, incrementare la diagnosi precoce, migliorare l'accesso alle terapie e garantire a tutti coloro che hanno superato la fase acuta della malattia, i servizi sanitari e sociali di cui continuano ad avere bisogno.