

552.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	2	Mozioni Capua, Lenzi, Nizzi, Calabrò, Gigli, Locatelli ed altri n. 1-01055, Rondini ed altri n. 1-01092, Palese ed altri n. 1-01094 e Gregori ed altri n. 1-01096 concernenti iniziative per il contrasto delle infezioni in ambiente ospedaliero e sanitario	7
Missioni vevoli nella seduta del 21 gennaio 2016	2		
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente)	2, 3	Mozioni	7
Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri per le politiche e gli affari europei (Trasmissione di un documento)	3	Proposta di legge S. 859-1357-1378-1484-1553 (Approvata, in un testo unificato, dal Senato, modificata dalla Camera e nuovamente modificata dal Senato) n. 3169-B	24
Documenti ministeriali (Trasmissioni)	4	Parere della I Commissione	24
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio)	5	Parere della V Commissione	24
Garante del contribuente per la provincia autonoma di Bolzano (Trasmissione di un documento)	5	Articolo unico e relative proposte emendative	24
Richiesta di parere parlamentare su atti del Governo	5	Ordini del giorno	30
Atti di controllo e di indirizzo	6		

N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

COMUNICAZIONI**Missioni valevoli
nella seduta del 21 gennaio 2016.**

Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Amici, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bernardo, Dorina Bianchi, Bindi, Biondelli, Bobba, Bocci, Boccia, Bonafede, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Calabria, Capelli, Carbone, Casero, Castiglione, Catania, Censore, Cicchitto, Cimbri, Cirielli, Cominelli, Costa, Covello, Crippa, D'Alia, D'Ambrosio, Dadone, Dambruoso, Damiano, De Menech, De Micheli, Del Basso de Caro, Dellai, Di Gioia, Luigi Di Maio, Epifani, Faraone, Fedriga, Ferranti, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Franceschini, Galati, Garofani, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Gozi, Guerra, La Russa, Lauricella, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuoli, Marazziti, Mazziotti Di Celso, Merlo, Migliore, Nicoletti, Orlando, Palma, Pes, Piccoli Nardelli, Gianluca Pini, Pisicchio, Polverini, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Rosato, Domenico Rossi, Rughetti, Sanga, Scalfarotto, Scanu, Schullian, Scotto, Sereni, Valeria Valente, Velo, Vignali, Vignaroli, Zanetti, Zolezzi.

Annunzio di proposte di legge.

In data 20 gennaio 2016 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

LABRIOLA: « Disposizioni concernenti i requisiti per l'accesso al tratta-

mento pensionistico e il prolungamento del rapporto di lavoro con riduzione dell'orario » (3547);

LOSACCO e BOCCADUTRI: « Delega al Governo per la disciplina della costruzione e della circolazione di veicoli aerei controllati a distanza o tramite autopilota » (3548);

MINARDO: « Disciplina delle attività subacquee e iperbariche » (3549).

Saranno stampate e distribuite.

Adesione di deputati a proposte di legge.

La proposta di legge RUBINATO ed altri: « Disposizioni per la promozione del commercio equo e solidale e la disciplina del suo esercizio » (241) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Scuvera.

La proposta di legge IACONO ed altri: « Disposizioni per l'istituzione di ferrovie turistiche mediante il reimpiego di linee in disuso o in corso di dismissione situate in aree di particolare pregio naturalistico o archeologico » (1178) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Amodio.

La proposta di legge MURER ed altri: « Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario » (1432) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Di Salvo.

La proposta di legge BUSTO ed altri: « Norme per la realizzazione di una rete di itinerari per la mobilità dolce e per la riconversione delle linee ferroviarie dismesse » (1747) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Cristian Iannuzzi.

Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoindicate Commissioni permanenti:

I Commissione (Affari costituzionali):

ROBERTA AGOSTINI ed altri: « Modifiche al decreto-legge 28 dicembre 2013, n. 149, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2014, n. 13, e alla legge 22 febbraio 2000, n. 28, per la promozione dell'equilibrio di genere nei partiti politici e nell'accesso alla comunicazione politica nei mezzi di informazione » (3438) *Parere delle Commissioni II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), VII, IX e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

II Commissione (Giustizia):

BRAMBILLA: « Modifiche al codice civile e al codice di procedura civile in materia di allontanamento del minore dalla casa familiare nei casi d'emergenza » (2971) *Parere delle Commissioni I, V, XII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali;*

BRAMBILLA: « Modifica all'articolo 625 del codice penale, concernente l'introduzione di una circostanza aggravante nel caso di furto di animale di affezione » (3395) *Parere delle Commissioni I e XII;*

TURCO ed altri: « Abrogazione degli articoli 304 e 305 del codice penale, in materia di cospirazione politica mediante

accordo e cospirazione politica mediante associazione » (3465) *Parere della I Commissione;*

TURCO ed altri: « Modifiche al decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162, in materia di ammissione al patrocinio a spese dello Stato nei procedimenti di negoziazione assistita » (3479) *Parere delle Commissioni I, V, IX e XII.*

VIII Commissione (Ambiente):

MARTELLA ed altri: « Attribuzione della gestione del sistema MOSE al sindaco della città metropolitana di Venezia » (3452) *Parere delle Commissioni I, V e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

XII Commissione (Affari sociali):

BRAMBILLA: « Misure per il sostegno dei giovani provenienti da famiglie affidatarie e da comunità di tipo familiare » (2500) *Parere delle Commissioni I, II, V, VII, X, XI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, relativamente alle disposizioni in materia previdenziale) e della Commissione parlamentare per le questioni regionali;*

AMATO ed altri: « Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori » (3490) — *Parere delle Commissioni I, II, V, VIII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Trasmissione dal Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri per le politiche e gli affari europei.

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri per le politiche e gli affari europei, con lettera in data 19 gennaio 2016, ha trasmesso, ai sensi

dell'articolo 14, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, l'elenco delle procedure giurisdizionali e di precontenzioso con l'Unione europea, riferito al quarto trimestre del 2015 (Doc. LXXIII-*bis*, n. 12).

Questo documento è trasmesso a tutte le Commissioni permanenti e alla Commissione parlamentare per le questioni regionali.

Trasmissione dal Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

Il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale ha trasmesso decreti ministeriali recanti variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279, e dell'articolo 6, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Questi decreti sono trasmessi alla III Commissione (Affari esteri) e alla V Commissione (Bilancio).

Trasmissione dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.

Il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare ha trasmesso decreti ministeriali recanti variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, in data 5 novembre e 1° dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 23, comma 1, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

Questi decreti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VIII Commissione (Ambiente).

Trasmissione dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Il Ministero dell'economia e delle finanze ha trasmesso un decreto ministeriale recante variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, autorizzate, in data 20 novembre 2015, ai sensi dell'articolo 50, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

Questo decreto è trasmesso alla V Commissione (Bilancio) e alla VIII Commissione (Ambiente).

Trasmissione dal Ministero della difesa.

Il Ministero della difesa ha trasmesso decreti ministeriali recanti variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, nel mese di dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279, dell'articolo 23, comma 1, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e dell'articolo 6, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Questi decreti sono trasmessi alla IV Commissione (Difesa) e alla V Commissione (Bilancio).

Trasmissione dal Ministro dell'interno.

Il Ministro dell'interno, con lettera in data 14 gennaio 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 113 della legge 1° aprile 1981, n. 121, dell'articolo 109 del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, dell'articolo 3, comma 1, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e dell'articolo 3, comma 3,

del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, la relazione sull'attività delle Forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata, riferita all'anno 2014 (Doc. XXXVIII, n. 3).

Questa relazione è trasmessa alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla II Commissione (Giustizia).

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 20 gennaio 2016, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio relativa alla mobilitazione del Fondo europeo di adeguamento alla globalizzazione (domanda EGF/2015/007 BE/Hainaut-Namur Glass, presentata dal Belgio) (COM(2016) 1 final), che è assegnata in sede primaria alla XI Commissione (Lavoro);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'esercizio del potere di adottare atti delegati conferito alla Commissione a norma del regolamento (UE) n. 692/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche europee sul turismo (COM(2016) 4 final), che è assegnata in sede primaria alla X Commissione (Attività produttive);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Risposta alla

relazione del gruppo di esperti di alto livello concernente la valutazione *ex post* del Settimo programma quadro (COM(2016) 5 final), corredata dal relativo allegato — Raccomandazioni specifiche concernenti le azioni indirette del 7° PQ e risposta della Commissione (COM(2016) 5 final — Annex 1), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite VII (Cultura) e X (Attività produttive).

Trasmissione dal Garante del contribuente per la provincia autonoma di Bolzano.

Il Garante del contribuente per la provincia autonoma di Bolzano, con lettera in data 31 dicembre 2015, ha trasmesso la relazione sullo stato dei rapporti tra fisco e contribuenti nel campo della politica fiscale nella provincia di Bolzano, per l'anno 2014, predisposta ai sensi dell'articolo 13, comma 13-*bis*, della legge 27 luglio 2000, n. 212.

Questa relazione è trasmessa alla VI Commissione (Finanze).

Richiesta di parere parlamentare su atti del Governo

Il Ministro per le riforme costituzionali e i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 21 gennaio 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1 della legge 9 luglio 2015, n. 114, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2014/17/UE in merito ai contratti di credito ai consumatori relativi a beni immobili residenziali nonché modifiche e integrazioni del titolo VI-*bis* del decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, sulla disciplina degli agenti in attività finanziaria e dei mediatori creditizi e del decreto legislativo 13 agosto 2010, n. 141 (256).

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla VI Commissione (Finanze) nonché, ai sensi del comma 2 dell'articolo 126 del Regolamento, alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), che dovranno esprimere i prescritti pareri entro il 1° marzo 2016. È altresì assegnata, ai sensi del comma 2 dell'articolo 96-ter del Regolamento, alla V Commissione (Bi-

lancio), che dovrà esprimere i propri rilievi sulle conseguenze di carattere finanziario entro il 10 febbraio 2016.

Atti di controllo e di indirizzo.

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

MOZIONI CAPUA, LENZI, NIZZI, CALABRÒ, GIGLI, LOCATELLI ED ALTRI N. 1-01055, RONDINI ED ALTRI N. 1-01092, PALESE ED ALTRI N. 1-01094 E GREGORI ED ALTRI 1-01096 CONCERNENTI INIZIATIVE PER IL CONTRASTO DELLE INFEZIONI IN AMBIENTE OSPEDALIERO E SANITARIO

Mozioni

La Camera,

premessi che:

le infezioni nosocomiali e la resistenza antimicrobica costituiscono due specifiche problematiche sanitarie richiamate nell'allegato 1 della decisione n. 2000/96/CE del 22 dicembre 1999 della Commissione europea relativa alle malattie trasmissibili da inserire progressivamente nella rete comunitaria in forza della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio;

la resistenza antimicrobica è la capacità di un microrganismo (batterio, virus o parassita) di resistere ad uno o più antimicrobici (multiresistenza) usati in via terapeutica o profilattica;

i maggiori fattori causali di tale fenomeno sono l'abuso di antimicrobici (che finisce per esercitare una pressione ecologica sui microrganismi e contribuisce alla comparsa e alla selezione di elementi resistenti), la mutazione genetica degli stessi microrganismi, la loro diffusione/trasmissione crociata uomo-uomo, animale-animale e uomo-animale-ambiente;

nell'ambito della mortalità per malattie infettive, il fenomeno dei microrganismi multiresistenti rappresenta un rischio sanitario assai rilevante, dal momento che le terapie alternative sono limitate o addirittura inesistenti e che esso

presenta un'incidenza primaria nell'ambito delle prestazioni erogate negli ospedali, in particolare nelle situazioni più critiche, ad esempio nei reparti di terapia intensiva o dove si svolge chirurgia invasiva e/o in genere nelle situazioni associate all'assistenza sanitaria (reparti di lungodegenza, ricoveri per anziani, assistenza domiciliare e altro);

oggi la mortalità per le cosiddette « infezioni ospedaliere » si aggira intorno al 25-30 per cento. L'entità di tale percentuale è talmente allarmante che l'Organizzazione mondiale della sanità ha ripetutamente dedicato negli ultimi anni documenti strategici e linee guida per quei Paesi che vogliono istituire sistemi di monitoraggio della resistenza antimicrobica e intraprendere interventi efficaci;

come per tutti i microrganismi, anche in riferimento ai « batteri antibiotico resistenti » si parla di totale o quasi totale impotenza del contrasto farmacologico alla loro proliferazione. Questi batteri producono, infatti, degli enzimi che distruggono gli antibiotici appartenenti alla classe dei « carbapenemici » (*imipenem* e *meropenem*) usati nelle infezioni più gravi. La loro proliferazione, specie in ambito nosocomiale e sanitario, permane elevata e in alcune realtà europee, come la Grecia e l'Italia, addirittura in costante aumento;

tra i batteri più insidiosi e mortali che agiscono in ambito nosocomiale, vi è la *Klebsiella pneumoniae* (KP), un entero-

batterio della famiglia delle *Enterobacteriaceae*, che comunemente convive in modo opportunistico con l'organismo umano a livello di apparato intestinale;

la *Klebsiella pneumoniae* può scatenarsi ed avere esiti fatali nell'entrare in contatto con il fisico defedato di persone affette da malattie severe e/o provate da terapie che ne hanno compromesso il sistema immunitario;

la *Klebsiella pneumoniae* resistente (CRKP — *carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae*) rappresenta il paradigma della criticità del fenomeno testé descritto, anche sotto il profilo della sua crescente diffusione e difficoltà di contrasto. Da anni si registrano in tutto il mondo casi letali di *Klebsiella pneumoniae* e nemmeno le eccellenze ospedaliere sono risultate immuni dai contagi. I reparti più colpiti sono generalmente le rianimazioni, i centri grandi ustionati, le chirurgie ed i centri di trapianti di organi;

la prima causa scatenante per la diffusione delle infezioni da batteri *Gram* negativi, produttori di carbapenemasi (CPE), è costituito dal trasferimento dei pazienti tra le diverse strutture sanitarie. Numerosi studi scientifici hanno evidenziato che i fattori di rischio per le infezioni da carbapenemasi sono: la gravità delle condizioni cliniche del paziente, il trasferimento da altre strutture ospedaliere, la permanenza, per un determinato periodo di tempo, in unità di terapia intensiva, un precedente intervento chirurgico, i trapianti di midollo o organi solidi, la presenza di ferite chirurgiche, il cateeterismo delle vie biliari, la ventilazione assistita;

le più recenti evidenze disponibili in letteratura suggeriscono che uno dei più sensibili segmenti di intervento per il contenimento dell'emergenza sanitaria legata alla trasmissione delle infezioni da carbapenemasi e, in particolare, da *carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae* rimane ancora un ricorso prudente di antimicrobici (vale a dire un uso limitato ai soli casi in

cui è realmente necessario nel rispetto delle dosi, degli intervalli e della durata del trattamento);

il *network* di sorveglianza europea sul consumo degli antimicrobici (*European Surveillance of antimicrobial consumption — Esac*), operativo nell'ambito del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma (Ecdc), ha recentemente messo in luce proprio quest'ultimo fattore e la preoccupante esistenza di un ampio *range* tra i Paesi dell'Unione europea e dell'area economica europea per uso di antimicrobici. In rapporto alla popolazione, Grecia e Cipro registrano, per la cura dei pazienti ambulatoriali, un uso per abitante/anno 3 volte maggiore rispetto ai Paesi Bassi. Questa circostanza non è casuale, laddove la Grecia risulta essere il primo Paese dell'Unione europea nella graduatoria negativa della resistenza antimicrobica alla *Klebsiella pneumoniae*;

ai fini del controllo e del contenimento della trasmissione crociata dei microrganismi resistenti agli antimicrobici, *Esac* ha inoltre evidenziato l'inderogabile necessità di implementare tutte le precauzioni igieniche ed i protocolli di sicurezza in uso negli ospedali e nelle strutture sanitarie;

il 5 giugno 2012 il Ministero della salute ha presentato le « Indicazioni contenenti le misure di prevenzione e controllo delle infezioni da CPE » e, in particolare, da *Klebsiella pneumoniae* resistente. Da tali indicazioni è emersa la necessità di implementare le precauzioni igieniche e, in particolare, rafforzare:

a) l'utilizzo scrupoloso delle precauzioni da contatto da parte del personale sanitario, attraverso una maggiore igiene delle mani prima e dopo il contatto con il paziente colonizzato o infetto da carbapenemasi, l'uso di guanti e sovracamice, l'intensificazione dell'igiene ambientale;

b) l'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti in stanza singola con bagno dedicato o loro raggruppamento in aree dedicate dell'ospedale (« *cohorting* »);

c) l'assistenza dei pazienti colonizzati/infetti da carbapenemasi da parte di personale sanitario dedicato;

d) l'educazione/formazione del personale sanitario sulle misure di sorveglianza e controllo contro le infezioni da carbapenemasi;

il 18 novembre di ogni anno il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma organizza la « Giornata europea degli antibiotici », che si inserisce in una più ampia iniziativa europea per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive;

i dati più recenti diffusi dal Centro europeo di Stoccolma confermano che nell'area dell'Unione europea il numero di pazienti infetti da batteri resistenti sia in continuo aumento e che la resistenza agli antibiotici rappresenti un problema emergente di sanità pubblica. Le cifre riportate dal *focus* sull'Italia dovrebbero indurre le istituzioni sanitarie ad innalzare la soglia di attenzione e di sorveglianza per quanto attiene, in particolare, alla diffusione della *Klebsiella pneumoniae*, la cui trasmissione permane elevata ed è addirittura in aumento;

nel triennio 2010-2013, la resistenza antimicrobica della *Klebsiella pneumoniae* è cresciuta infatti in 5 Stati su 9 (Grecia, Italia, Repubblica ceca, Francia e Spagna). Nel nostro Paese, il *trend* segue un andamento assai preoccupante: 1,3 per cento nel 2009, 16 per cento nel 2010, 26,7 per cento nel 2011 e del 13 per cento nel 2013. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma riporta che l'Italia stessa si è dichiarata in una situazione di endemicità per tale resistenza antimicrobica;

il 22 gennaio 2013 il Ministro Balduzzi rispondeva ad un atto di sindacato ispettivo in relazione al caso di tre pazienti deceduti in un brevissimo arco temporale (dal 30 gennaio all'8 febbraio 2012), all'ospedale San Bassiano, a Bassano del Grappa, per un'infezione originata dal batterio *Klebsiella pneumoniae* e riconosceva

che: « (...) le infezioni da batteri Gram negativi produttori di carbapenemasi, soprattutto delle specie *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*, rappresentano sicuramente una problematica emergente per la sanità pubblica in particolare negli ultimi dieci anni »;

il 26 febbraio 2013 il Ministero della salute ha pubblicato la circolare n. 4968 in materia di « Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) », contenente le linee di indirizzo da seguire in materia di:

a) sorveglianza passiva, attraverso la rilevazione di batteriemie da ceppi di carbapenemasi;

b) sorveglianza attiva dei contatti dei pazienti infetti o colonizzati, di tutti i pazienti identificati in precedenza come infetti o colonizzati che accedono una seconda volta in ospedale, di tutti i pazienti provenienti da Paesi endemici (Grecia, Cipro, Pakistan, Colombia, India e altri), di pazienti che vengono ricoverati o trasferiti in reparti a rischio quali terapia intensiva, oncologia, ematologia, neuroriabilitazione, unità spinale, chirurgia dei trapianti;

c) misure di controllo attraverso l'adozione di precauzioni da contatto (che ricalcano le indicazioni del Ministero della salute del 5 giugno 2012);

sono trascorsi ormai due anni dalla circolare sopra ricordata e dal tentativo delle istituzioni sanitarie italiane di instaurare un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere resistenti. Le preannunciate azioni di contrasto, avviate dal Governo, appaiono meri, seppur meritori, propositi mai divenuti concretamente operativi, a giudizio dei presentatori del presente atto di indirizzo, nelle corsie degli ospedali italiani e comunque del tutto inadeguati alla serietà della situazione in atto, soprattutto sul versante della deterrenza del consumo di antibiotici e del contenimento delle infezioni nosocomiali;

è sempre più urgente un efficace ed adeguato piano di interventi volti al controllo e al contenimento delle infezioni ospedaliere, dell'allarmante fenomeno dell'antibiotico-resistenza e dell'epidemiologia delle resistenze batteriche in relazione a tutte le infezioni da carbapenemasi e della *Klebsiella pneumoniae* in particolare;

il rischio che negli ospedali italiani si possa profilare presto un'«emergenza sanitaria» è oggi molto alto e ad aggravare tale previsione è la consapevolezza che sono pochissime le sostanze attualmente in fase di ricerca e sviluppo che potrebbero avere efficacia contro il batterio-killer della *Klebsiella pneumoniae* e che comunque tali farmaci non potrebbero essere in commercio prima dei prossimi 5-10 anni,

impegna il Governo:

a potenziare il sistema nazionale di raccolta di informazioni omogenee sulle infezioni ospedaliere resistenti, rendendo obbligatoria la notifica dei ceppi resistenti, al fine di poter disporre di un accurato monitoraggio della loro incidenza nel nostro Paese, propedeutico all'adozione delle indispensabili misure di intervento;

a dare piena attuazione al disposto della circolare n. 4968 del 2013 del Ministero della salute, anche adeguandone il contenuto alle nuove emergenze sanitarie e istituendo il sistema di sorveglianza nazionale, obbligatorio e comprensivo per i ceppi resistenti come richiesto dal Consiglio europeo (raccomandazione del Consiglio 2002/77/CE e successive raccomandazioni);

ad assumere iniziative per prevedere un percorso guidato di coinvolgimento delle regioni che garantisca la piena attuazione delle esigenze di sorveglianza sulla resistenza antibiotica, secondo le indicazioni del Ministero della salute;

a promuovere l'attivazione dei programmi di formazione professionale specifica, in particolare rivolti agli operatori nosocomiali, che consentano di certificare

il livello di qualità di tutte le specifiche procedure ospedaliere e di segnalare eventuali errori e «quasi errori» che consentano di perfezionare i percorsi di *risk management*;

ad adottare iniziative urgenti ed efficaci, volte ad elevare e standardizzare la qualità di tutti i protocolli di sicurezza in uso negli ospedali italiani, in linea con i *dossier* sanitari europei e con le linee guida internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità;

ad adottare iniziative efficaci che mirino alla riduzione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e comunitario, limitandone l'uso esclusivamente alle situazioni nelle quali ce ne sia reale necessità come, tra l'altro, raccomandato dal Consiglio dell'Unione europea (raccomandazione 2002/77/CE);

ad assumere iniziative per redigere, finanziare adeguatamente ed adottare, in collaborazione con gli esperti del settore, un vero «piano nazionale di prevenzione e controllo», con l'obiettivo di contrastare l'allarmante fenomeno della trasmissione di casi di infezione o colonizzazione da batteri antibiotico resistenti e, in particolare, *Gram* negativi, produttori di carbapenemasi in ambiente ospedaliero e sanitario;

ad implementare un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza integrato fra gli aspetti di sanità umana e sanità animale, che comprenda i dati generati nel settore veterinario (sia per gli animali da reddito, che per gli animali d'affezione), attraverso la rete degli istituti zooprofilattici, che miri all'ottenimento del consumo prudente degli antibiotici in ambito agroalimentare e veterinario.

(1-01055) «Capua, Lenzi, Nizzi, Calabrò, Gigli, Locatelli, Sbröllini, Piazzoni, Amato, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, D'Incecco, Fossati, Gelli, Grassi, Mariano, Miotto, Murer, Pa-

triarca, Piccione, Giuditta Pini, D'Agostino, Monchiero, Vargiu, Quintarelli, Matarrese, Galgano, Catania, Oliaro, Bombassei, Rabino, Palladino, Prata, Caon, Marcolin, Matteo Bragantini, Fitzgerald Nissoli, Longo, Palmieri, Picchi, Dorina Bianchi, Binetti, Amoddio ».

La Camera,

premessi che:

le infezioni ospedaliere costituiscono una grande sfida ai sistemi di salute pubblica, perché sono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico che hanno un elevato impatto sui costi sanitari e sono indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti ricoverati;

si definiscono così le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Sono l'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che se da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio di infezioni, dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. Un altro elemento cruciale da considerare è l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico;

negli ultimi anni l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti. Mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali, a partire dagli anni '90 sono aumentati sia i pazienti ricoverati in ospedale in gravi condizioni (quindi a elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia i luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatorio).

Da qui la necessità di ampliare il concetto di infezioni ospedaliere a quello di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;

le infezioni sono causate da microrganismi opportunistici presenti nell'ambiente, che solitamente non danno luogo a infezioni. Le infezioni ospedaliere possono insorgere su pazienti immunocompromessi durante il ricovero e la degenza o, in qualche caso, anche dopo la dimissione del paziente e possono avere diverso grado di gravità, fino ad essere letali. Le infezioni ospedaliere possono interessare anche gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti, e quindi misure adeguate devono essere prese non solo per trattare le persone ricoverate, ma anche per prevenire la diffusione delle infezioni ospedaliere tra il personale che fornisce assistenza e cura;

nonostante l'elevato impatto, sia sociale che economico, dovuto alle infezioni ospedaliere, i sistemi di sorveglianza e di controllo e le azioni per ridurre gli effetti sono invece ancora piuttosto disomogenei da Paese a Paese e a livello nazionale, anche se negli ultimi anni sono stati messi a punto e implementati numerosi programmi. Gli studi effettuati indicano che è possibile prevenire il 30 per cento delle infezioni ospedaliere insorte, con conseguente abbassamento dei costi e miglioramento del servizio sanitario. Incidendo significativamente sui costi sanitari e prolungando le degenze ospedaliere dei pazienti, le infezioni ospedaliere finiscono con l'influenzare notevolmente la capacità dei presidi ospedalieri di garantire il ricovero ad altri pazienti;

oggi la situazione delle infezioni nosocomiali è davvero preoccupante in tutti gli ospedali italiani, specialmente a causa della diffusione di *Klebsiella pneumoniae* produttore di carbapenemasi KPC (un enzima che inattiva gran parte degli antibiotici). La *Klebsiella*, normalmente ospitata nell'intestino umano, colpisce per lo più i pazienti ricoverati nelle terapie intensive e esposti a ventilatori, i portatori

di cateteri intravascolari o ammalati trattati a lungo con antibiotici. Le infezioni cui dà seguito sono polmoniti (di solito associate a ventilazione meccanica e tracheotomia), infezioni delle vie urinarie (da catetere) e sepsi correlate al catetere venoso centrale. Le opzioni terapeutiche sono molto limitate: tigeiclina, gentamicina, colistina e fosfomicina sono gli unici antibiotici che l'antibiogramma indica come attivi, ma alcuni di essi comportano effetti collaterali, altri sono difficili da reperire. Inoltre, poiché non possiedono una rapida e spiccata attività battericida ed hanno un profilo cinetico-dinamico modesto, vengono utilizzati in associazione e ad alto dosaggio;

per controllare e ridurre le infezioni ospedaliere, è necessario che le strutture agiscano su più fronti: l'attuazione di misure di prevenzione di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso azioni sulle strutture ospedaliere, sui sistemi di ventilazione e sui flussi di acqua, sull'igiene del personale e dell'ambiente; l'individuazione di personale dedicato alla sorveglianza; un protocollo di sorveglianza attiva delle infezioni che si manifestano e un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni stesse nei diversi presidi; la formazione del personale dedicato al trattamento dei pazienti, soprattutto nelle aree critiche di terapia intensiva e chirurgica, e di quello dedicato alla raccolta e analisi dei dati;

uno dei problemi relativi alle infezioni ospedaliere è la loro identificazione, classificazione e quantificazione. Per cercare di risolvere questo aspetto, sono state messe a punto definizioni di caso dai centri per la prevenzione e il controllo delle malattie americani, ma anche da programmi europei come Helics e Earss. Negli Stati Uniti e nel Nord Europa esiste un sistema di controllo e sorveglianza, mentre nel nostro Paese questo sistema non è ancora operativo. Gli studi italiani hanno però rilevato che le caratteristiche epidemiologiche delle infezioni ospedaliere individuate sono simili a quelle descritte

dal sistema americano, il National nosocomial infections surveillance system (Nnis), che costituisce quindi un valido punto di riferimento,

impegna il Governo:

ad attivarsi affinché gli ospedali moderni e di terzo livello siano dotati di servizi di microbiologia permanente che permettano di accorciare i tempi di isolamento ed identificazione dei microrganismi e quelli dei test di suscettibilità agli antibiotici;

ad adoperarsi, attraverso la comunicazione a tutti i livelli, affinché l'appropriatezza terapeutica significhi usare gli antibiotici giusti e necessari, nelle giuste dosi e per il tempo adeguato, limitandone al massimo l'uso empirico, posto che combattere la spirale dell'empirismo (la sequenza febbre=infezione=antibiotico) è lo strumento più importante per limitare l'abuso di antibiotici e controllare l'emergenza delle resistenze batteriche;

a promuovere la creazione di staff specialistici multidisciplinari (intensivisti, ematologi, infettivologi, microbiologi, farmacologi) che mettano a punto protocolli diagnostico-terapeutici mirati ai singoli gruppi di pazienti a rischio per contenere la resistenza antimicrobica, ridurre l'utilizzo dei farmaci, ridurre gli eventi avversi legati all'uso improprio degli antimicrobici e ridurre i costi.

(1-01092) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

La Camera,

premessi che:

le infezioni ospedaliere costituiscono una grande sfida ai sistemi di salute pubblica, perché sono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il

profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico che hanno un elevato impatto sui costi sanitari e sono indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti ricoverati;

si definiscono così le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Sono l'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che se da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio di infezioni, dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. Un altro elemento cruciale da considerare è l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico;

negli ultimi anni l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti. Mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali, a partire dagli anni '90 sono aumentati sia i pazienti ricoverati in ospedale in gravi condizioni (quindi a elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia i luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale). Da qui la necessità di ampliare il concetto di infezioni ospedaliere a quello di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria;

le infezioni sono causate da microrganismi opportunistici presenti nell'ambiente, che solitamente non danno luogo a infezioni. Le infezioni ospedaliere possono insorgere su pazienti immunocompromessi durante il ricovero e la degenza o, in qualche caso, anche dopo la dimissione del paziente e possono avere diverso grado di gravità, fino ad essere letali. Le infezioni ospedaliere possono interessare anche gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti, e quindi misure adeguate devono essere prese non solo per trattare le persone ricoverate, ma

anche per prevenire la diffusione delle infezioni ospedaliere tra il personale che fornisce assistenza e cura;

nonostante l'elevato impatto, sia sociale che economico, dovuto alle infezioni ospedaliere, i sistemi di sorveglianza e di controllo e le azioni per ridurre gli effetti sono invece ancora piuttosto disomogenei da Paese a Paese e a livello nazionale, anche se negli ultimi anni sono stati messi a punto e implementati numerosi programmi. Gli studi effettuati indicano che è possibile prevenire il 30 per cento delle infezioni ospedaliere insorte, con conseguente abbassamento dei costi e miglioramento del servizio sanitario. Incidendo significativamente sui costi sanitari e prolungando le degenze ospedaliere dei pazienti, le infezioni ospedaliere finiscono con l'influenzare notevolmente la capacità dei presidi ospedalieri di garantire il ricovero ad altri pazienti;

oggi la situazione delle infezioni nosocomiali è davvero preoccupante in tutti gli ospedali italiani, specialmente a causa della diffusione di *Klebsiella pneumoniae* produttore di carbapenemasi KPC (un enzima che inattiva gran parte degli antibiotici). La *Klebsiella*, normalmente ospitata nell'intestino umano, colpisce per lo più i pazienti ricoverati nelle terapie intensive e esposti a ventilatori, i portatori di cateteri intravascolari o ammalati trattati a lungo con antibiotici. Le infezioni cui dà seguito sono polmoniti (di solito associate a ventilazione meccanica e tracheotomia), infezioni delle vie urinarie (da catetere) e sepsi correlate al catetere venoso centrale. Le opzioni terapeutiche sono molto limitate: tigeciclina, gentamicina, colistina e fosfomicina sono gli unici antibiotici che l'antibiogramma indica come attivi, ma alcuni di essi comportano effetti collaterali, altri sono difficili da reperire. Inoltre, poiché non possiedono una rapida e spiccata attività battericida ed hanno un profilo cinetico-dinamico modesto, vengono utilizzati in associazione e ad alto dosaggio;

per controllare e ridurre le infezioni ospedaliere, è necessario che le strut-

ture agiscano su più fronti: l'attuazione di misure di prevenzione di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso azioni sulle strutture ospedaliere, sui sistemi di ventilazione e sui flussi di acqua, sull'igiene del personale e dell'ambiente; l'individuazione di personale dedicato alla sorveglianza; un protocollo di sorveglianza attiva delle infezioni che si manifestano e un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni stesse nei diversi presidi; la formazione del personale dedicato al trattamento dei pazienti, soprattutto nelle aree critiche di terapia intensiva e chirurgica, e di quello dedicato alla raccolta e analisi dei dati;

uno dei problemi relativi alle infezioni ospedaliere è la loro identificazione, classificazione e quantificazione. Per cercare di risolvere questo aspetto, sono state messe a punto definizioni di caso dai centri per la prevenzione e il controllo delle malattie americani, ma anche da programmi europei come Helics e Earss. Negli Stati Uniti e nel Nord Europa esiste un sistema di controllo e sorveglianza, mentre nel nostro Paese questo sistema non è ancora operativo. Gli studi italiani hanno però rilevato che le caratteristiche epidemiologiche delle infezioni ospedaliere individuate sono simili a quelle descritte dal sistema americano, il National nosocomial infections surveillance system (Nnis), che costituisce quindi un valido punto di riferimento,

impegna il Governo:

ad attivarsi affinché gli ospedali moderni e di terzo livello siano dotati di servizi di microbiologia permanente che permettano di accorciare i tempi di isolamento ed identificazione dei microrganismi e quelli dei test di suscettibilità agli antibiotici;

ad adoperarsi, attraverso la comunicazione a tutti i livelli, affinché l'appropriatezza terapeutica significhi usare gli antibiotici giusti e necessari, nelle giuste dosi e per il tempo adeguato, limitandone

al massimo l'uso empirico, posto che combattere la spirale dell'empirismo (la sequenza febbre=infezione=antibiotico) è lo strumento più importante per limitare l'abuso di antibiotici e controllare l'emergenza delle resistenze batteriche;

a promuovere, nel rispetto dei profili di competenza, la creazione di staff specialistici multidisciplinari (intensivisti, ematologi, infettivologi, microbiologi, farmacologi) che mettano a punto protocolli diagnostico-terapeutici mirati ai singoli gruppi di pazienti a rischio per contenere la resistenza antimicrobica, ridurre l'utilizzo dei farmaci, ridurre gli eventi avversi legati all'uso improprio degli antimicrobici e ridurre i costi.

(1-01092) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

La Camera,

premessi che:

le infezioni ospedaliere e la resistenza antimicrobica continuano a rappresentare la più frequente complicanza ospedaliere e il loro trend sembra essere in continuo aumento;

in media, il 5 per cento dei pazienti contrae un'infezione durante il periodo di soggiorno in corsia e la maggior parte delle persone infette nei giorni di ricovero viene colpita da polmonite;

le infezioni nosocomiali e la resistenza antimicrobica rappresentano due particolari questioni sanitarie richiamate anche nell'allegato 1 della decisione n. 2000/96/CE del 22 dicembre 1999 della Commissione europea relativa alle malattie trasmissibili da inserire progressivamente nella rete comunitaria, giusto la decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio;

è sempre crescente la resistenza antimicrobica e le capacità di batteri, virus e parassiti di resistere ad uno o più antimicrobici usati in via terapeutica o profilattica;

tra le maggiori cause di tale evenienza sono l'abuso di antimicrobici, le mutazioni degli stessi microrganismi e la loro facile diffusione;

il fenomeno di microrganismi multiresistenti rappresenta un rischio sanitario tra i più elevati ed incide in modo significativo nell'ambito della mortalità per malattie infettive, atteso che le terapie alternative sono quasi inesistenti;

il rischio sanitario da microrganismi multiresistenti ha un'incidenza primaria nell'ambito delle prestazioni erogate negli ospedali soprattutto nei reparti di rianimazione, terapia intensiva, chirurgia invasiva e nei reparti di assistenza sanitaria associata (lungodegenza);

risulta allarmante, attualmente, la mortalità per « infezioni ospedaliere » monitorata intorno al 25-30 per cento e tra i batteri più pericolosi che agiscono in ambito nasocomiale vi è la *Klebsiella pneumoniae* e una serie di altri microrganismi Gram negativi che provocano la morte di persone con fisico defedato, affette da malattie severe, immunodepresse;

tra le cause scatenanti per la diffusione delle infezioni da batteri Gram negativi sono da annoverare: il trasferimento dei pazienti tra le diverse strutture sanitarie; la gravità delle condizioni cliniche del paziente; la permanenza per un determinato periodo di tempo in rianimazione e/o terapia intensiva; un precedente intervento chirurgico; i trapianti di midollo o di organi; la presenza di ferite chirurgiche; il cateterismo delle vie biliari e la ventilazione assistita;

le ricerche ed i risultati più recenti pubblicati dal Centro europeo di Stoccolma confermano che, in Europa, il numero dei pazienti infetti da batteri resi-

stenti sono in continuo aumento e che la resistenza agli antibiotici rappresenta una grave emergenza di sanità pubblica;

nel nostro Paese si registra un trend di vistoso aumento delle infezioni ospedaliere, con oltre 50.000 persone all'anno che vengono colpite da infezioni ospedaliere;

il Ministero della salute ha pubblicato la circolare n. 4968, il 26 febbraio 2013, riguardante la « Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttivi di carbapenemasi (cpe) » e sono ormai trascorsi quasi tre anni dal tentativo di instaurare un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere resistenti e quanto messo in campo finora non è stato sufficiente ad ottenere risultati significativi; pertanto, si rende necessario ed urgente un più adeguato intervento per il controllo ed il contenimento delle infezioni ospedaliere e del sempre crescente fenomeno dell'antibiotico-resistenza, con conseguente serio rischio che negli ospedali italiani si possa profilare presto uno stato di emergenza sanitaria,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità dell'adozione di ulteriori iniziative volte ad elevare la qualità dei protocolli di sicurezza in uso negli ospedali italiani seguendo le linee guida internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità;

ad assumere iniziative attraverso campagne istituzionali di informazione e di educazione sanitaria per la riduzione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero, utilizzandoli solo nelle situazioni in cui ci sia reale necessità;

a valutare l'opportunità di predisporre un nuovo piano nazionale di prevenzione e controllo, con l'obiettivo di contrastare le infezioni ospedaliere ed il fenomeno dell'antibiotico-resistenza;

a coinvolgere le regioni attraverso la sottoscrizione di accordi che garantiscano

l'attuazione dei protocolli di sorveglianza sulla resistenza antibiotica, secondo le indicazioni del Ministero della salute.

(1-01094) « Palese, Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti ».

La Camera,

premessi che:

le infezioni ospedaliere e la resistenza antimicrobica continuano a rappresentare la più frequente complicanza ospedaliera e il loro trend sembra essere in continuo aumento;

in media, il 5 per cento dei pazienti contrae un'infezione durante il periodo di soggiorno in corsia e la maggior parte delle persone infette nei giorni di ricovero viene colpita da polmonite;

le infezioni nosocomiali e la resistenza antimicrobica rappresentano due particolari questioni sanitarie richiamate anche nell'allegato 1 della decisione n. 2000/96/CE del 22 dicembre 1999 della Commissione europea relativa alle malattie trasmissibili da inserire progressivamente nella rete comunitaria, giusto la decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio;

è sempre crescente la resistenza antimicrobica e le capacità di batteri, virus e parassiti di resistere ad uno o più antimicrobici usati in via terapeutica o profilattica;

tra le maggiori cause di tale evenienza sono l'abuso di antimicrobici, le mutazioni degli stessi microrganismi e la loro facile diffusione;

il fenomeno di microrganismi multiresistenti rappresenta un rischio sanitario tra i più elevati ed incide in modo significativo nell'ambito della mortalità per malattie infettive, atteso che le terapie alternative sono quasi inesistenti;

il rischio sanitario da microrganismi multiresistenti ha un'incidenza primaria nell'ambito delle prestazioni erogate negli ospedali soprattutto nei reparti di rianimazione, terapia intensiva, chirurgia invasiva e nei reparti di assistenza sanitaria associata (lungodegenza);

risulta allarmante, attualmente, la mortalità per « infezioni ospedaliere » monitorata intorno al 25-30 per cento e tra i batteri più pericolosi che agiscono in ambito nasocomiale vi è la *Klebsiella pneumoniae* e una serie di altri microrganismi Gram negativi che provocano la morte di persone con fisico defedato, affette da malattie severe, immunodepresse;

tra le cause scatenanti per la diffusione delle infezioni da batteri Gram negativi sono da annoverare: il trasferimento dei pazienti tra le diverse strutture sanitarie; la gravità delle condizioni cliniche del paziente; la permanenza per un determinato periodo di tempo in rianimazione e/o terapia intensiva; un precedente intervento chirurgico; i trapianti di midollo o di organi; la presenza di ferite chirurgiche; il cataterismo delle vie biliari e la ventilazione assistita;

le ricerche ed i risultati più recenti pubblicati dal Centro europeo di Stoccolma confermano che, in Europa, il numero dei pazienti infetti da batteri resistenti sono in continuo aumento e che la resistenza agli antibiotici rappresenta una grave emergenza di sanità pubblica;

nel nostro Paese si registra un trend di vistoso aumento delle infezioni ospedaliere, con oltre 50.000 persone all'anno che vengono colpite da infezioni ospedaliere;

il Ministero della salute ha pubblicato la circolare n. 4968, il 26 febbraio 2013, riguardante la « Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttivi di carbapenemasi (cpe) » e sono ormai trascorsi quasi tre anni dal tentativo di instaurare un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere resistenti e quanto messo in campo finora non è stato suffi-

ciente ad ottenere risultati significativi; pertanto, si rende necessario ed urgente un più adeguato intervento per il controllo ed il contenimento delle infezioni ospedaliere e del sempre crescente fenomeno dell'antibiotico-resistenza, con conseguente serio rischio che negli ospedali italiani si possa profilare presto uno stato di emergenza sanitaria,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità dell'adozione di ulteriori iniziative volte ad elevare la qualità dei protocolli di sicurezza in uso negli ospedali italiani seguendo le linee guida internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità;

ad assumere iniziative attraverso campagne istituzionali di informazione e di educazione sanitaria per la riduzione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero, utilizzandoli solo nelle situazioni in cui ci sia reale necessità;

a valutare l'opportunità di predisporre un nuovo piano nazionale di prevenzione e controllo, con l'obiettivo di contrastare le infezioni ospedaliere ed il fenomeno dell'antibiotico-resistenza;

a valutare l'opportunità di coinvolgere le regioni attraverso la sottoscrizione di accordi che garantiscano l'attuazione dei protocolli di sorveglianza sulla resistenza antibiotica, secondo le indicazioni del Ministero della salute.

(1-01094) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Palese, Fucci, Altieri, Bianconi, Capezone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti ».

La Camera,

premessi che:

tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, quello infettivo, ossia la possibilità per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale o in

ambito lavorativo, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del *trend* epidemiologico in aumento;

le infezioni nosocomiali rappresentano, infatti, un importante problema di salute pubblica, oltre ad essere indicatori della qualità del servizio sanitario offerto ai pazienti ricoverati in strutture nosocomiali e ad avere un consistente, e spesso sottovalutato, impatto sui costi sanitari;

dette infezioni sono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico, spesso causate da microrganismi presenti nell'ambiente, microrganismi che di solito non danno luogo a infezioni, ma possono provocarle in pazienti con deficit del sistema immunitario durante il ricovero e la degenza o, in qualche caso anche dopo la dimissione, e possono avere diverso grado di gravità, fino ad essere letali. Seppur in numero minore, dette infezioni possono interessare anche gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti e forniscono loro assistenza e cura;

buona parte delle infezioni correlate all'assistenza è prevenibile. Tra queste rientrano le pratiche sanitarie ed assistenziali in caso di non rispetto degli *standard* di precauzione riguardo l'igiene, la pulizia e disinfezione dell'ambiente, la sterilizzazione delle attrezzature e dei presidi; di utilizzo non appropriato degli antibiotici; di inadeguatezza della struttura ospedaliera e carenze impiantistiche, come nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, quali, ad esempio, le infezioni da legionella;

la suddetta malattia del legionario, più comunemente definita legionellosi, è un'infezione polmonare causata dal batterio *Legionella pneumophila*;

nel 1983, con decreto ministeriale (decreto ministeriale 7 febbraio 1983) il Ministero della sanità ha incluso la legionellosi tra le malattie infettive e diffuse soggette ad obbligo di denuncia. Data la

necessità di promuovere la raccolta di informazioni più accurate, l'Istituto superiore di sanità ha avviato un programma nazionale di sorveglianza e l'istituzione del registro nazionale della legionellosi;

l'infezione da legionella viene trasmessa da flussi di aerosol e di acqua contaminata, come nel caso di ambienti condizionati o con l'uso di umidificatori. Il batterio, infatti, si riproduce soprattutto in ambienti umidi e tiepidi o riscaldati, come i sistemi di tubature, i condensatori, le colonne di raffreddamento dell'acqua, sui quali forma un *film* batterico. Sedimenti organici, ruggini, depositi di materiali sulle superfici dei sistemi di stoccaggio e distribuzione delle acque ne facilitano l'inse-diamento;

come sottolineato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, la legionellosi pone un serio problema di salute pubblica, perché costituisce un elemento di rischio in tutte le situazioni in cui le persone sono riunite in uno stesso ambiente, come avviene in ospedali, case di cura, residenze per anziani e altri luoghi pubblici nei quali è in funzione un sistema di condizionamento, di umidificazione o di trattamento dell'aria o di ricircolarizzazione delle acque;

in quest'ultimo anno si sono verificati diversi casi di legionellosi. Per citarne solo alcuni: sei casi nel comune di Bresso (Milano), tre casi nel quartiere Niguarda di Milano, due ricoveri all'ospedale Mandic di Merate in provincia di Lecco;

la normativa italiana è sostanzialmente costituita dalle « Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi », approvate dalla Conferenza Stato-regioni, e pubblicate sulla *Gazzetta ufficiale* del 5 maggio 2000;

questo strumento legislativo ha disciplinato la bonifica delle reti idriche contaminate dal batterio, ma con sistemi ormai datati come lo shock termico e l'iperclorazione. Non sono stati, inoltre,

recepiti i risultati di alcune sperimentazioni condotte negli scorsi anni dall'Istituto superiore di sanità in alcuni ospedali pubblici, come a Trento;

i metodi individuati a suo tempo dal Ministero presentano diversi limiti e inoltre è totalmente assente la prevenzione nei mezzi di trasporto;

esistono attualmente nuovi metodi di bonifica e profilassi che utilizzano il biossido di cloro, il perossido di idrogeno e argento ed altro, che non sono contemplati nelle linee guida del 2000;

più in generale, si evidenzia come riguardo alle infezioni in ambiente ospedaliero e sanitario, decisivo è il ruolo fondamentale che devono avere l'attivazione di strumenti e politiche preventive. La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza deve essere, quindi, posto come obiettivo non solo da chi ha responsabilità di gestione dell'azienda, ma anche da parte di ciascun operatore;

nonostante l'elevato impatto, sia sociale e sanitario che economico, dovuto alle infezioni nosocomiali, i sistemi di sorveglianza e di controllo e le azioni per ridurre gli effetti sono, invece, ancora insufficienti e fortemente disomogenei da struttura a struttura e a livello nazionale;

in Italia, ogni anno, circa il 6 per cento dei pazienti ricoverati contrae nelle strutture sanitarie un'infezione. Circa 450-600 mila infezioni (soprattutto delle vie urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi), che nell'1 per cento dei casi si stima siano la causa diretta del decesso del paziente;

il 30 per cento delle infezioni ospedaliere sono prevedibili e gestibili. Ciò comporta che, attraverso l'attuazione dei più aggiornati protocolli di prevenzione, mirati investimenti, un controllo e una corretta gestione delle infezioni ospedaliere, ogni anno si potrebbero evitare tra le 130.000 e le 200.000 infezioni con il relativo 1 per cento di decessi;

numerose sono le fonti di microrganismi che possono dare luogo alle infezioni ospedaliere: le strutture stesse, i sistemi di ventilazione e aerazione, i flussi di acqua, l'igiene del personale e dell'ambiente, le pratiche chirurgiche e gli ausili invasivi (ad esempio, cateteri e valvole), l'uso non sempre corretto di antibiotici che possono comportare resistenze;

sotto quest'ultimo aspetto si segnala l'aumento, non solo nel nostro Paese ma in tutta l'area dell'Unione europea, del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Crescono, infatti, i pazienti infetti da batteri resistenti e questo aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici è anche conseguente alla pressione antibiotica a cui le persone sono sottoposte;

a contribuire alle infezioni contratte in ambito nosocomiale, vi è senza dubbio: 1) la crescente carenza di risorse finanziarie da investire in prevenzione e nel controllo efficace delle infezioni; 2) una perdurante politica di tagli al personale e di blocco del turn over, che ha inciso profondamente e negativamente sulle risorse umane, in particolare sulle figure professionali, adeguatamente formate, addette al controllo e che non sono disponibili in tutti gli ospedali del nostro Paese; 3) una bassa integrazione tra i programmi di gestione del rischio infettivo e quelli più generali di gestione del rischio clinico. Nei presidi di aziende sanitarie nelle quali esistono gruppi o progetti per la gestione del rischio clinico, meno del 50 per cento dei casi detti gruppi o progetti operano in maniera integrata con i programmi di controllo delle infezioni ospedaliere, o infezioni correlate all'assistenza;

aspetto centrale nel contrasto alle infezioni correlate all'assistenza è quello della sorveglianza. E questo si ottiene anche attraverso la possibilità di poter disporre di un sistema di segnalazione veloce di eventi che richiedono interventi tempestivi, e quindi attraverso la costruzione di sistemi informativi innovativi, come avvenuto in alcune regioni, che rap-

presentino la base di dati empirici per poter indirizzare gli interventi;

sotto questo aspetto si ricorda che in Europa numerose Paesi hanno attivato sistemi di sorveglianza continuativi nei reparti più a rischio, quali i reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva;

la legge n. 208 del 2015 (legge di stabilità per il 2016) ha previsto che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie debbano attivare una funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) per la messa in sicurezza dei percorsi sanitari, l'individuazione/soluzione delle criticità più frequenti e la prevenzione del rischio sanitario. Uno strumento sicuramente importante, ma che ha inevitabilmente bisogno di risorse finanziarie adeguate per poter essere reso davvero efficace e operativo in tutte le suddette strutture sanitarie, a cominciare dalla stessa formazione degli operatori sanitari sulle tematiche relative alle misure di prevenzione delle infezioni in ambito ospedaliero e alla loro sorveglianza attiva,

impegna il Governo:

ad avviare le opportune iniziative volte a prevedere, tra i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, l'inclusione di requisiti specifici relativi al controllo delle infezioni correlate all'assistenza;

in relazione alle misure sul rischio clinico introdotte nella legge di stabilità per il 2016, ad assumere iniziative per prevedere, di concerto con le regioni:

a) che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie complesse debbano periodicamente presentare alla regione una relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, con particolare riferimento alle infezioni in ambito ospedaliero, e sulle conseguenti iniziative messe in atto dalla struttura;

b) che tutte le suddette strutture sanitarie, nell'ambito del previsto servizio di monitoraggio, prevenzione, gestione del rischio sanitario (*risk management*), siano tenute a istituire proprie « unità di gestione del rischio clinico »;

a prevedere che i programmi di controllo delle infezioni ospedaliere debbano essere sempre integrati e far parte delle più ampie attività di gestione del rischio sanitario;

a implementare i sistemi di sorveglianza attivi e continuativi delle infezioni nosocomiali, anche attraverso un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni stesse nei diversi presidi, soprattutto nei reparti e settori più a rischio delle strutture sanitarie, quali i reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva, prevedendo che i rispettivi report siano pubblicati e resi disponibili anche sui siti web delle medesime strutture;

ad assumere iniziative per attivare programmi di formazione degli operatori sanitari sulle tematiche relative alle misure di prevenzione delle infezioni in ambito ospedaliero e alla loro sorveglianza attiva;

ad assumere iniziative per garantire maggiori risorse e il superamento del blocco sostanziale delle assunzioni, al fine di consentire un investimento finanziario e in risorse umane per una reale ed efficace attività in prevenzione e di controllo delle infezioni in ambito ospedaliero;

a prevedere adeguate iniziative volte a sensibilizzare e formare sia il personale medico sull'utilizzo e sulla somministrazione degli antibiotici e sui rischi legati a un loro uso eccessivo, sia i cittadini sulle controindicazioni collegate ad un utilizzo eccessivo e « fai da te » dei medesimi medicinali;

a provvedere quanto prima, con il coinvolgimento dell'Istituto superiore di sanità, alla revisione ed aggiornamento delle linee guida nazionali approvate nel 2000 sulla legionellosi, anche alla luce dei

nuovi metodi di bonifica e profilassi, al fine di consentire una più efficace attività di prevenzione, prevedendo anche le condizioni dettagliate di impiego dei nuovi metodi di sanificazione.

(1-01096) « Gregori, Nicchi, Airaudo, Franco Bordo, Costantino, D'Attorre, Duranti, Daniele Farina, Fassina, Fava, Ferrara, Folino, Fratoianni, Carlo Galli, Giancarlo Giordano, Kronbichler, Marcon, Melilla, Paglia, Palazzotto, Pannarale, Pellegrino, Piras, Placido, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Scotto, Zaccagnini, Zaratti ».

La Camera,

premessi che:

tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, quello infettivo, ossia la possibilità per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale o in ambito lavorativo, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del *trend* epidemiologico in aumento;

le infezioni nosocomiali rappresentano, infatti, un importante problema di salute pubblica, oltre ad essere indicatori della qualità del servizio sanitario offerto ai pazienti ricoverati in strutture nosocomiali e ad avere un consistente, e spesso sottovalutato, impatto sui costi sanitari;

dette infezioni sono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico, spesso causate da microrganismi presenti nell'ambiente, microrganismi che di solito non danno luogo a infezioni, ma possono provocarle in pazienti con deficit del sistema immunitario durante il ricovero e la degenza o, in qualche caso anche dopo la dimissione, e possono avere diverso grado di gravità, fino ad essere letali. Seppur in numero

minore, dette infezioni possono interessare anche gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti e forniscono loro assistenza e cura;

buona parte delle infezioni correlate all'assistenza è prevenibile. Tra queste rientrano le pratiche sanitarie ed assistenziali in caso: di non rispetto degli *standard* di precauzione riguardo l'igiene, la pulizia e disinfezione dell'ambiente, la sterilizzazione delle attrezzature e dei presidi; di utilizzo non appropriato degli antibiotici; di inadeguatezza della struttura ospedaliera e carenze impiantistiche, come nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, quali, ad esempio, le infezioni da legionella;

la suddetta malattia del legionario, più comunemente definita legionellosi, è un'infezione polmonare causata dal batterio *Legionella pneumophila*;

nel 1983, con decreto ministeriale (decreto ministeriale 7 febbraio 1983) il Ministero della sanità ha incluso la legionellosi tra le malattie infettive e diffuse soggette ad obbligo di denuncia. Data la necessità di promuovere la raccolta di informazioni più accurate, l'Istituto superiore di sanità ha avviato un programma nazionale di sorveglianza e l'istituzione del registro nazionale della legionellosi;

l'infezione da legionella viene trasmessa da flussi di aerosol e di acqua contaminata, come nel caso di ambienti condizionati o con l'uso di umidificatori. Il batterio, infatti, si riproduce soprattutto in ambienti umidi e tiepidi o riscaldati, come i sistemi di tubature, i condensatori, le colonne di raffreddamento dell'acqua, sui quali forma un *film* batterico. Sedimenti organici, ruggini, depositi di materiali sulle superfici dei sistemi di stoccaggio e distribuzione delle acque ne facilitano l'inse-diamento;

come sottolineato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, la legionellosi pone un serio problema di salute pubblica, perché costituisce un elemento di rischio

in tutte le situazioni in cui le persone sono riunite in uno stesso ambiente, come avviene in ospedali, case di cura, residenze per anziani e altri luoghi pubblici nei quali è in funzione un sistema di condizionamento, di umidificazione o di trattamento dell'aria o di ricircolarizzazione delle acque;

in quest'ultimo anno si sono verificati diversi casi di legionellosi. Per citarne solo alcuni: sei casi nel comune di Bresso (Milano), tre casi nel quartiere Niguarda di Milano, due ricoveri all'ospedale Mandic di Merate in provincia di Lecco;

la normativa italiana è sostanzialmente costituita dalle «Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi», approvate dalla Conferenza Stato-regioni, e pubblicate sulla *Gazzetta ufficiale* del 5 maggio 2000;

questo strumento legislativo ha disciplinato la bonifica delle reti idriche contaminate dal batterio, ma con sistemi ormai datati come lo shock termico e l'iperclorazione. Non sono stati, inoltre, recepiti i risultati di alcune sperimentazioni condotte negli scorsi anni dall'Istituto superiore di sanità in alcuni ospedali pubblici, come a Trento;

i metodi individuati a suo tempo dal Ministero presentano diversi limiti e inoltre è totalmente assente la prevenzione nei mezzi di trasporto;

esistono attualmente nuovi metodi di bonifica e profilassi che utilizzano il biossido di cloro, il perossido di idrogeno e argento ed altro, che non sono contemplati nelle linee guida del 2000;

più in generale, si evidenzia come riguardo alle infezioni in ambiente ospedaliero e sanitario, decisivo è il ruolo fondamentale che devono avere l'attivazione di strumenti e politiche preventive. La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza deve essere, quindi, posto come obiettivo non solo da chi ha responsabilità di gestione dell'azienda, ma anche da parte di ciascun operatore;

nonostante l'elevato impatto, sia sociale e sanitario che economico, dovuto alle infezioni nosocomiali, i sistemi di sorveglianza e di controllo e le azioni per ridurre gli effetti sono, invece, ancora insufficienti e fortemente disomogenei da struttura a struttura e a livello nazionale;

in Italia, ogni anno, circa il 6 per cento dei pazienti ricoverati contrae nelle strutture sanitarie un'infezione. Circa 450-600 mila infezioni (soprattutto delle vie urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi), che nell'1 per cento dei casi si stima siano la causa diretta del decesso del paziente;

il 30 per cento delle infezioni ospedaliere sono prevedibili e gestibili. Ciò comporta che, attraverso l'attuazione dei più aggiornati protocolli di prevenzione, mirati investimenti, un controllo e una corretta gestione delle infezioni ospedaliere, ogni anno si potrebbero evitare tra le 130.000 e le 200.000 infezioni con il relativo 1 per cento di decessi;

numerose sono le fonti di microrganismi che possono dare luogo alle infezioni ospedaliere: le strutture stesse, i sistemi di ventilazione e aerazione, i flussi di acqua, l'igiene del personale e dell'ambiente, le pratiche chirurgiche e gli ausili invasivi (ad esempio, cateteri e valvole), l'uso non sempre corretto di antibiotici che possono comportare resistenze;

sotto quest'ultimo aspetto si segnala l'aumento, non solo nel nostro Paese ma in tutta l'area dell'Unione europea, del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Crescono, infatti, i pazienti infetti da batteri resistenti e questo aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici è anche conseguente alla pressione antibiotica a cui le persone sono sottoposte;

aspetto centrale nel contrasto alle infezioni correlate all'assistenza è quello della sorveglianza. E questo si ottiene anche attraverso la possibilità di poter disporre di un sistema di segnalazione veloce di eventi che richiedono interventi

tempestivi, e quindi attraverso la costruzione di sistemi informativi innovativi, come avvenuto in alcune regioni, che rappresentino la base di dati empirici per poter indirizzare gli interventi;

sotto questo aspetto si ricorda che in Europa numerose Paesi hanno attivato sistemi di sorveglianza continuativi nei reparti più a rischio, quali i reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva;

la legge n. 208 del 2015 (legge di stabilità per il 2016) ha previsto che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie debbano attivare una funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) per la messa in sicurezza dei percorsi sanitari, l'individuazione/soluzione delle criticità più frequenti e la prevenzione del rischio sanitario. Uno strumento sicuramente importante, ma che ha inevitabilmente bisogno di risorse finanziarie adeguate per poter essere reso davvero efficace e operativo in tutte le suddette strutture sanitarie, a cominciare dalla stessa formazione degli operatori sanitari sulle tematiche relative alle misure di prevenzione delle infezioni in ambito ospedaliero e alla loro sorveglianza attiva,

impegna il Governo:

ad avviare le opportune iniziative volte a prevedere, tra i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, l'inclusione di requisiti specifici relativi al controllo delle infezioni correlate all'assistenza;

in relazione alle misure sul rischio clinico introdotte nella legge di stabilità per il 2016, ad assumere iniziative per prevedere, di concerto con le regioni:

a) che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie complesse debbano periodicamente presentare alla regione una relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, con particolare rife-

rimento alle infezioni in ambito ospedaliero, e sulle conseguenti iniziative messe in atto dalla struttura;

b) che tutte le suddette strutture sanitarie, nell'ambito del previsto servizio di monitoraggio, prevenzione, gestione del rischio sanitario (*risk management*), siano tenute a istituire proprie «unità di gestione del rischio clinico»;

a prevedere che i programmi di controllo delle infezioni ospedaliere debbano essere sempre integrati e far parte delle più ampie attività di gestione del rischio sanitario;

a implementare i sistemi di sorveglianza attivi e continuativi delle infezioni nosocomiali, anche attraverso un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni stesse nei diversi presidi, soprattutto nei reparti e settori più a rischio delle strutture sanitarie, quali i reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva, prevedendo che i rispettivi report siano pubblicati e resi disponibili anche sui siti web delle medesime strutture;

ad assumere iniziative per attivare programmi di formazione degli operatori sanitari sulle tematiche relative alle misure di prevenzione delle infezioni in ambito ospedaliero e alla loro sorveglianza attiva;

ad assumere iniziative per garantire maggiori risorse e il superamento del

blocco sostanziale delle assunzioni, al fine di consentire un investimento finanziario e in risorse umane per una reale ed efficace attività in prevenzione e di controllo delle infezioni in ambito ospedaliero;

a prevedere adeguate iniziative volte a sensibilizzare e formare sia il personale medico sull'utilizzo e sulla somministrazione degli antibiotici e sui rischi legati a un loro uso eccessivo, sia i cittadini sulle controindicazioni collegate ad un utilizzo eccessivo e «fai da te» dei medesimi medicinali;

a provvedere quanto prima, con il coinvolgimento dell'Istituto superiore di sanità, alla revisione ed aggiornamento delle linee guida nazionali approvate nel 2000 sulla legionellosi, anche alla luce dei nuovi metodi di bonifica e profilassi, al fine di consentire una più efficace attività di prevenzione, prevedendo anche le condizioni dettagliate di impiego dei nuovi metodi di sanificazione.

(1-01096) (*Testo modificato nel corso della seduta*) «Gregori, Nicchi, Airaudo, Franco Bordo, Costantino, D'Attorre, Duranti, Daniele Farina, Fassina, Fava, Ferrara, Folino, Fraiolianni, Carlo Galli, Giancarlo Giordano, Kronbichler, Marcon, Melilla, Paglia, Pallazzo, Pannarale, Pellegrino, Piras, Placido, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Scotto, Zaccagnini, Zaratti».

PROPOSTA DI LEGGE: S. 859-1357-1378-1484-1553 – D'INIZIATIVA DEI SENATORI: SCILIPOTI ISGRÒ; FALANGA; MOSCARDELLI ED ALTRI; STUCCHI; GINETTI: INTRODUZIONE DEL REATO DI OMICIDIO STRADALE E DEL REATO DI LESIONI PERSONALI STRADALI, NONCHÉ DISPOSIZIONI DI COORDINAMENTO AL DECRETO LEGISLATIVO 30 APRILE 1992, N. 285, E AL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 2000, N. 274 (APPROVATA, IN UN TESTO UNIFICATO, DAL SENATO, MODIFICATA DALLA CAMERA E NUOVAMENTE MODIFICATA DAL SENATO) (A.C. 3169-B)

A.C. 3169-B – Parere della I Commissione

PARERE DELLA I COMMISSIONE
SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

NULLA OSTA

sugli emendamenti contenuti nel fascicolo
n. 1

A.C. 3169-B – Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL
TESTO DEL PROVVEDIMENTO E
SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

NULLA OSTA

A.C. 3169-B – Articolo unico

ARTICOLO UNICO DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLE COMMISSIONI IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

1. Dopo l'articolo 589 del codice penale sono inseriti i seguenti:

« ART. 589-bis. – (*Omicidio stradale*). – Chiunque cagioni per colpa la morte di una persona con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale è punito con la reclusione da due a sette anni.

Chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi rispettivamente degli articoli 186, comma 2, lettera c), e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa la morte di una persona, è punito con la reclusione da otto a dodici anni.

La stessa pena si applica al conducente di un veicolo a motore di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, il quale, in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera b),

del medesimo decreto legislativo n. 285 del 1992, cagioni per colpa la morte di una persona.

Salvo quanto previsto dal terzo comma, chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera *b*), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa la morte di una persona, è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

La pena di cui al comma precedente si applica altresì:

1) al conducente di un veicolo a motore che, procedendo in un centro urbano ad una velocità pari o superiore al doppio di quella consentita e comunque non inferiore a 70 km/h, ovvero su strade extraurbane ad una velocità superiore di almeno 50 km/h rispetto a quella massima consentita, cagioni per colpa la morte di una persona;

2) al conducente di un veicolo a motore che, attraversando un'intersezione con il semaforo disposto al rosso ovvero circolando contromano, cagioni per colpa la morte di una persona;

3) al conducente di un veicolo a motore che, a seguito di manovra di inversione del senso di marcia in prossimità o in corrispondenza di intersezioni, curve o dossi o a seguito di sorpasso di un altro mezzo in corrispondenza di un attraversamento pedonale o di linea continua, cagioni per colpa la morte di una persona.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti la pena è aumentata se il fatto è commesso da persona non munita di patente di guida o con patente sospesa o revocata, ovvero nel caso in cui il veicolo a motore sia di proprietà dell'autore del fatto e tale veicolo sia sprovvisto di assicurazione obbligatoria.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora l'evento non sia esclusiva conseguenza dell'azione o dell'omissione del colpevole, la pena è diminuita fino alla metà.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora il conducente cagioni la morte di più persone, ovvero la morte di una o più persone e lesioni a una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni diciotto.

ART. 589-ter. — (*Fuga del conducente in caso di omicidio stradale*). — Nel caso di cui all'articolo 589-bis, se il conducente si dà alla fuga, la pena è aumentata da un terzo a due terzi e comunque non può essere inferiore a cinque anni ».

2. L'articolo 590-bis del codice penale è sostituito dai seguenti:

« ART. 590-bis. — (*Lesioni personali stradali gravi o gravissime*). — Chiunque cagioni per colpa ad altri una lesione personale con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale è punito con la reclusione da tre mesi a un anno per le lesioni gravi e da uno a tre anni per le lesioni gravissime.

Chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi rispettivamente degli articoli 186, comma 2, lettera *c*), e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa a taluno una lesione personale, è punito con la reclusione da tre a cinque anni per le lesioni gravi e da quattro a sette anni per le lesioni gravissime.

Le pene di cui al comma precedente si applicano altresì al conducente di un veicolo a motore di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere *b*), *c*) e *d*), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, il quale, in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera *b*), del medesimo decreto legislativo n. 285 del 1992, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime.

Salvo quanto previsto dal terzo comma, chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera

b), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa a taluno lesioni personali, è punito con la reclusione da un anno e sei mesi a tre anni per le lesioni gravi e da due a quattro anni per le lesioni gravissime.

Le pene di cui al comma precedente si applicano altresì:

1) al conducente di un veicolo a motore che, procedendo in un centro urbano ad una velocità pari o superiore al doppio di quella consentita e comunque non inferiore a 70 km/h, ovvero su strade extraurbane ad una velocità superiore di almeno 50 km/h rispetto a quella massima consentita, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime;

2) al conducente di un veicolo a motore che, attraversando un'intersezione con il semaforo disposto al rosso ovvero circolando contromano, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime;

3) al conducente di un veicolo a motore che, a seguito di manovra di inversione del senso di marcia in prossimità o in corrispondenza di intersezioni, curve o dossi o a seguito di sorpasso di un altro mezzo in corrispondenza di un attraversamento pedonale o di linea continua, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti la pena è aumentata se il fatto è commesso da persona non munita di patente di guida o con patente sospesa o revocata, ovvero nel caso in cui il veicolo a motore sia di proprietà dell'autore del fatto e tale veicolo sia sprovvisto di assicurazione obbligatoria.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora l'evento non sia esclusiva conseguenza dell'azione o dell'omissione del colpevole, la pena è diminuita fino alla metà.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora il conducente cagioni lesioni a più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle

violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni sette.

ART. 590-ter. — (*Fuga del conducente in caso di lesioni personali stradali*). — Nel caso di cui all'articolo 590-bis, se il conducente si dà alla fuga, la pena è aumentata da un terzo a due terzi e comunque non può essere inferiore a tre anni.

ART. 590-quater. — (*Computo delle circostanze*). — Quando ricorrono le circostanze aggravanti di cui agli articoli 589-bis, secondo, terzo, quarto, quinto e sesto comma, 589-ter, 590-bis, secondo, terzo, quarto, quinto e sesto comma, e 590-ter, le concorrenti circostanze attenuanti, diverse da quelle previste dagli articoli 98 e 114, non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste e le diminuzioni si operano sulla quantità di pena determinata ai sensi delle predette circostanze aggravanti.

ART. 590-quinquies. — (*Definizione di strade urbane e extraurbane*). — Ai fini degli articoli 589-bis e 590-bis si intendono per strade extraurbane le strade di cui alle lettere A, B e C del comma 2 dell'articolo 2 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e per strade di un centro urbano le strade di cui alle lettere D, E, F e F-bis del medesimo comma 2 ».

3. Al codice penale sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 157, sesto comma, le parole: « e 589, secondo, terzo e quarto comma » sono sostituite dalle seguenti: « , 589, secondo e terzo comma, e 589-bis »;

b) all'articolo 582, primo comma, le parole: « da tre mesi » sono sostituite dalle seguenti: « da sei mesi »;

c) all'articolo 589, secondo comma, le parole: « sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle » sono soppresse;

d) all'articolo 589, il terzo comma è abrogato;

e) all'articolo 590, terzo comma, primo periodo, le parole: « sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle » sono soppresse;

f) all'articolo 590, terzo comma, il secondo periodo è soppresso.

4. Al codice di procedura penale sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 224-*bis*, comma 1, dopo le parole: « superiore nel massimo a tre anni » sono inserite le seguenti: « , per i delitti di cui agli articoli 589-*bis* e 590-*bis* del codice penale »;

b) all'articolo 359-*bis*, dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

« 3-*bis*. Nei casi di cui agli articoli 589-*bis* e 590-*bis* del codice penale, qualora il conducente rifiuti di sottoporsi agli accertamenti dello stato di ebbrezza alcolica ovvero di alterazione correlata all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, se vi è fondato motivo di ritenere che dal ritardo possa derivare grave o irreparabile pregiudizio alle indagini, il decreto di cui al comma 2 e gli ulteriori provvedimenti ivi previsti possono, nei casi di urgenza, essere adottati anche oralmente e successivamente confermati per iscritto. Gli ufficiali di polizia giudiziaria procedono all'accompagnamento dell'interessato presso il più vicino presidio ospedaliero al fine di sottoporlo al necessario prelievo o accertamento e si procede all'esecuzione coattiva delle operazioni se la persona rifiuta di sottoporvisi. Del decreto e delle operazioni da compiersi è data tempestivamente notizia al difensore dell'interessato, che ha facoltà di assistervi, senza che ciò possa comportare pregiudizio nel compimento delle operazioni. Si applicano le previsioni di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 365. Entro le quarantotto ore successive, il pubblico ministero richiede la convalida del decreto e degli eventuali ulteriori provvedimenti al giudice per le indagini preliminari, che provvede al più presto e comunque entro le quarantotto ore successive, dandone immediato avviso al pubblico ministero e al difensore. Le opera-

zioni devono sempre svolgersi nel rispetto delle condizioni previste dai commi 4 e 5 dell'articolo 224-*bis* ».

5. Al codice di procedura penale sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 380, comma 2, dopo la lettera *m-ter*) è aggiunta la seguente:

« *m-quater*) delitto di omicidio colposo stradale previsto dall'articolo 589-*bis*, secondo e terzo comma, del codice penale »;

b) all'articolo 381, comma 2, dopo la lettera *m-quater*) è aggiunta la seguente:

« *m-quinquies*) delitto di lesioni colpose stradali gravi o gravissime previsto dall'articolo 590-*bis*, secondo, terzo, quarto e quinto comma, del codice penale »;

c) all'articolo 406, comma 2-*ter*, le parole: « 589, secondo comma, 590, terzo comma, » sono sostituite dalle seguenti: « 589, secondo comma, 589-*bis*, 590, terzo comma, 590-*bis* »;

d) all'articolo 416, comma 2-*bis*, le parole: « per il reato di cui all'articolo 589, secondo comma, del codice penale » sono sostituite dalle seguenti: « per i reati di cui agli articoli 589, secondo comma, e 589-*bis* del codice penale »;

e) all'articolo 429, comma 3-*bis*, le parole: « per il reato di cui all'articolo 589, secondo comma, del codice penale » sono sostituite dalle seguenti: « per i reati di cui agli articoli 589, secondo comma, e 589-*bis* del codice penale »;

f) all'articolo 550, comma 2, dopo la lettera *e*) è inserita la seguente:

« *e-bis*) lesioni personali stradali, anche se aggravate, a norma dell'articolo 590-*bis* del codice penale »;

g) all'articolo 552:

1) al comma 1-*bis*, dopo le parole: « per taluni dei reati previsti dall'articolo 590, terzo comma, del codice penale » sono

inserite le seguenti: « e per i reati previsti dall'articolo 590-*bis* del medesimo codice »;

2) al comma 1-*ter*, dopo le parole: « per taluni dei reati previsti dall'articolo 590, terzo comma, del codice penale » sono inserite le seguenti: « e per i reati previsti dall'articolo 590-*bis* del medesimo codice ».

6. Al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 189, il comma 8 è abrogato;

b) all'articolo 222:

1) al comma 2, il quarto periodo è sostituito dai seguenti: « Alla condanna, ovvero all'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per i reati di cui agli articoli 589-*bis* e 590-*bis* del codice penale consegue la revoca della patente di guida. La disposizione del quarto periodo si applica anche nel caso in cui sia stata concessa la sospensione condizionale della pena. Il cancelliere del giudice che ha pronunciato la sentenza divenuta irrevocabile ai sensi dell'articolo 648 del codice di procedura penale, nel termine di quindici giorni, ne trasmette copia autentica al prefetto competente per il luogo della commessa violazione, che emette provvedimento di revoca della patente e di inibizione alla guida sul territorio nazionale, per un periodo corrispondente a quello per il quale si applica la revoca della patente, nei confronti del soggetto contro cui è stata pronunciata la sentenza »;

2) dopo il comma 3 sono aggiunti i seguenti:

« 3-*bis*. Nel caso di applicazione della sanzione accessoria di cui al quarto periodo del comma 2 del presente articolo per i reati di cui all'articolo 589-*bis*, secondo, terzo e quarto comma, del codice penale, l'interessato non può conseguire

una nuova patente prima che siano decorsi quindici anni dalla revoca; per il reato di cui all'articolo 589-*bis*, quinto comma, del codice penale, l'interessato non può conseguire una nuova patente prima che siano decorsi dieci anni dalla revoca. Tale termine è elevato a venti anni nel caso in cui l'interessato sia stato in precedenza condannato per i reati di cui all'articolo 186, commi 2, lettere *b*) e *c*), e 2-*bis*, ovvero di cui all'articolo 187, commi 1 e 1-*bis*, del presente codice. Il termine è ulteriormente aumentato sino a trenta anni nel caso in cui l'interessato non abbia ottemperato agli obblighi di cui all'articolo 189, comma 1, del presente codice, e si sia dato alla fuga.

3-*ter*. Nel caso di applicazione della sanzione accessoria di cui al quarto periodo del comma 2 del presente articolo per i reati di cui agli articoli 589-*bis*, primo comma, e 590-*bis* del codice penale, l'interessato non può conseguire una nuova patente di guida prima che siano decorsi cinque anni dalla revoca. Tale termine è raddoppiato nel caso in cui l'interessato sia stato in precedenza condannato per i reati di cui all'articolo 186, commi 2, lettere *b*) e *c*), e 2-*bis*, ovvero di cui all'articolo 187, commi 1 e 1-*bis*, del presente codice. Il termine è ulteriormente aumentato sino a dodici anni nel caso in cui l'interessato non abbia ottemperato agli obblighi di cui all'articolo 189, comma 1, e si sia dato alla fuga »;

3-*quater*. Per i titolari di patente di guida rilasciata da uno Stato estero, il prefetto del luogo della commessa violazione adotta un provvedimento di inibizione alla guida sul territorio nazionale valido per il medesimo periodo previsto dal sesto periodo del comma 2. L'inibizione alla guida sul territorio nazionale è annotata nell'anagrafe nazionale degli abilitati alla guida di cui all'articolo 225 del presente codice per il tramite del collegamento informatico integrato di cui al comma 7 dell'articolo 403 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495 »;

c) all'articolo 219, comma 3-*ter*, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « ,

fatto salvo quanto previsto dai commi 3-*bis* e 3-*ter* dell'articolo 222 »;

d) all'articolo 223, comma 2:

1) al primo periodo, dopo le parole: « commi 2 e 3 » sono inserite le seguenti: « , nonché nei casi previsti dagli articoli 589-*bis*, secondo, terzo, quarto e quinto comma, e 590-*bis* del codice penale »;

2) dopo il terzo periodo sono aggiunti i seguenti: « Nei casi di cui agli articoli 589-*bis*, secondo, terzo, quarto e quinto comma, e 590-*bis* del codice penale il prefetto, ricevuti gli atti, dispone, ove sussistano fondati elementi di un'evidente responsabilità, la sospensione provvisoria della validità della patente di guida fino ad un massimo di cinque anni. In caso di sentenza di condanna non definitiva, la sospensione provvisoria della validità della patente di guida può essere prorogata fino ad un massimo di dieci anni ».

e) all'articolo 223, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-*bis*. Qualora la sospensione di cui al comma 2, quarto periodo, sia disposta nei confronti di titolare di patente di guida rilasciata da uno Stato estero, il prefetto del luogo della commessa violazione, ricevuti gli atti, nei quindici giorni successivi emette un provvedimento di inibizione alla guida sul territorio nazionale valido per il medesimo periodo previsto dal comma 2, quarto periodo. L'inibizione alla guida sul territorio nazionale è annotata nell'anagrafe nazionale degli abilitati alla guida di cui all'articolo 225 del presente codice per il tramite del collegamento informatico integrato di cui al comma 7 dell'articolo 403 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495 ».

7. All'articolo 4, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, le parole: « nonché ad esclusione delle fattispecie di cui all'articolo 590, terzo comma, quando si tratta di fatto commesso da soggetto in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma

2, lettera c), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, ovvero da soggetto sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope, » sono soppresse.

8. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO UNICO DELLA PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Al comma 6, sopprimere la lettera a).

* 1. 3. Ferraresi, Agostinelli, Bonafede, Businarolo, Colletti, Sarti.

Al comma 6, sopprimere la lettera a).

* 1. 4. Sisto, Biasotti, Occhiuto.

Al comma 6, sopprimere la lettera a).

* 1. 5. Daniele Farina, Sannicandro, Nicchi.

Al comma 6), sostituire la lettera a) con la seguente:

a) all'articolo 189, il comma 8 è sostituito dal seguente:

« 8. Il conducente che si fermi e, occorrendo, presti assistenza a coloro che hanno subito danni alla persona, mettendosi immediatamente a disposizione degli organi di polizia giudiziaria, quando dall'incidente derivi il delitto di lesioni personali colpose, non è soggetto all'arresto stabilito per il caso di flagranza di reato. »

1. 7. Sisto, Biasotti, Occhiuto.

(Approvato)

A.C. 3169-B – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame nasce innanzi tutto con l'obiettivo di prevenire incidenti stradali gravi, attraverso l'inasprimento delle sanzioni per comportamenti irresponsabili da parte di chi si mette alla guida;

pochi giorni fa è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il decreto sulle depenalizzazioni in cui è stata inserita la trasformazione della guida senza patente da reato ad illecito amministrativo;

gli automobilisti con licenza mai conseguita o revocata e gli stranieri con permesso di guida valido nel loro Paese ma non riconosciuto in Italia quindi non incorreranno più in sanzioni penali;

la previsione contenuta nel decreto depenalizzazioni sembra andare nella direzione opposta rispetto a quella del provvedimento oggi in esame, quasi a voler sminuire la pericolosità di comportamenti superficiali ed irresponsabili da parte di chi si mette alla guida,

impegna il Governo

ad intervenire, anche con propria attività legislativa, al fine di riconsiderare la depenalizzazione della guida senza patente alla luce dell'introduzione delle nuove disposizioni normative di cui al presente provvedimento.

9/3169-B/1. Rondini, Molteni.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame nasce innanzi tutto con l'obiettivo di prevenire incidenti stradali gravi, attraverso l'ina-

sprimento delle sanzioni per comportamenti irresponsabili da parte di chi si mette alla guida;

pochi giorni fa è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il decreto sulle depenalizzazioni in cui è stata inserita la trasformazione della guida senza patente da reato ad illecito amministrativo;

gli automobilisti con licenza mai conseguita o revocata e gli stranieri con permesso di guida valido nel loro Paese ma non riconosciuto in Italia quindi non incorreranno più in sanzioni penali;

la previsione contenuta nel decreto depenalizzazioni sembra andare nella direzione opposta rispetto a quella del provvedimento oggi in esame, quasi a voler sminuire la pericolosità di comportamenti superficiali ed irresponsabili da parte di chi si mette alla guida,

impegna il Governo

ad intervenire, anche con propria attività legislativa, al fine di riconsiderare la depenalizzazione della guida senza patente alla luce dell'introduzione delle nuove disposizioni normative di cui al presente provvedimento, nel caso in cui la patente sia stata revocata a seguito di condanna irrevocabile per i delitti di omicidio stradale e lesioni stradali gravi e gravissime.

9/3169-B/1. (*Testo modificato nel corso della seduta*) Rondini, Molteni.

La Camera,

premesso che:

esaminato il nuovo testo della proposta di legge C. 3169, approvata dal Senato ed abb. recante « Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274 »;

evidenziato, l'articolo 589-*bis* del codice penale — introdotto dall'articolo 1, comma 1 del provvedimento in esame — nella parte in cui prevede aumenti di pena per l'omicidio stradale colposo commesso da conducenti un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica grave (con un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro) o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ovvero in stato di ebbrezza alcolica con tassi alcolemici superiori a 0,8 grammi per litro o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, laddove si tratti di specifiche categorie di conducenti o, ancora, in stato di ebbrezza alcolica con tasso alcolemico superiore a 0,8 ma non superiore a 1,5 grammi per litro;

rilevato, l'articolo 590-*bis* del codice penale — introdotto dall'articolo 1, comma 2 del provvedimento in esame — che, sanziona in misura maggiore le lesioni personali stradali provocate per colpa dai soggetti in stato di ebbrezza alcolica, con un determinato tasso alcolemico ovvero dai soggetti di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope;

osservato, che l'articolo 4 della proposta di legge reca modifiche al codice di procedura penale, in materia di operazioni peritali e di prelievo coattivo di campioni biologici,

impegna il Governo

ad adottare opportune iniziative volte a introdurre la previsione di criteri tecnicamente misurabili, in base ai quali accertare lo stato di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti psicotrope al momento del verificarsi del sinistro, eventualmente anche rinviando ad una fonte normativa secondaria.

9/3169-B/2. Cristian Iannuzzi.

La Camera,

premesso che:

in data 5 gennaio u.s. è deceduto in un gravissimo incidente sulla SS 407 Bassentana nei pressi dello svincolo di Macchia di Ferrandina Andrea Di Lella;

l'uomo nel suo tentativo di soccorrere un furgone in panne lungo l'arteria stradale è stato investito da due autovetture i cui conducenti si sono immediatamente fermati per prestare i soccorsi;

nello stesso incidente è rimasta ferita un'altra persona scesa dall'auto insieme alla vittima per prestare soccorso;

sempre a Ferrandina nel corso degli anni in tema di sicurezza stradale ha operato l'associazione « Per non dimenticare Nicola Lisanti » associazione dedicata al Com.te della Polizia Locale di Ferrandina che nel luglio 2004 perse la vita con la sua famiglia in un drammatico incidente stradale sulla A1;

la comunità di Ferrandina è stata purtroppo, nel corso degli anni segnata da diversi lutti sulle strade,

impegna il Governo

a rendersi promotore con il patrocinio dei Ministri delle infrastrutture, della pubblica istruzione e della giustizia di una serie di iniziative sul territorio dedicate alla sensibilizzazione sul tema sicurezza stradale, e valutare l'opportunità di istituire a Ferrandina un Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale per non dimenticare le vittime della strada e per rafforzare la cultura della sicurezza coinvolgendo gli istituti scolastici di ogni ordine e grado del comprensorio e le associazioni di volontariato che vi operano in un processo di educazione soprattutto delle nuove generazioni con la dovuta attenzione anche a profili etici, morali, sociali e di comunicazione.

9/3169-B/3. Burtone, Cuomo.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame introduce nel codice penale una nuova fattispecie di reato, finora sanzionato da norme attinenti l'omicidio colposo;

in particolare è essenziale chiarire ai conduttori di veicoli quali siano le conseguenze penali della guida in stato di ebbrezza o sotto l'uso di alcol e stupefacenti, tanto più perché all'esame del Parlamento ci sono altri provvedimenti che si occupano della stessa materia e che sono stati spesso pubblicizzati come norme già approvate,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre un'adeguata campagna di sensibilizzazione e di informazione dell'opinione pubblica sulle modifiche legislative derivanti dall'introduzione del reato di omicidio stradale e di lesioni personali stradali, in particolare per le condotte derivanti dall'uso di sostanze alcoliche o di stupefacenti.

9/3169-B/4. Gregorio Fontana.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame introduce il reato di omicidio stradale e il reato di lesioni personali stradali, con l'obiettivo

di operare una sorta di intervento dissuasivo nei confronti di comportamenti inaccettabili come quelli che vedono protagonisti i cosiddetti pirati della strada;

come da più parti rilevato l'introduzione di tali reati potrebbe scatenare effetti esattamente opposti a quelli che si intendono raggiungere;

è pur vero che se nell'immediato non si può rimanere inerti ed assistere a quello che è un vero e proprio stillicidio di morti sulle strade dovute a comportamenti imprudenti, a volte criminali, di molti di coloro che causano incidenti, è da sottolineare che pur essendo l'auto un mezzo utilissimo, esso è anche pericoloso se usato in modo maldestro o sotto l'effetto di alcol o di stupefacenti;

sarebbe preferibile intervenire preventivamente sulla materia attraverso un maggiore impegno nell'educazione stradale, in azioni preventive contro l'uso di droghe e di alcolici, nella messa in sicurezza delle strade e in altre iniziative precauzionali di questo tipo,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di intervenire sulla materia oggetto del provvedimento in esame anche attraverso l'implementazione della diffusione dell'educazione stradale, con particolare riguardo al contrasto della guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o di alcolici.

9/3169-B/5. Fauttilli.

