

343.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	3	Articolo 5	6
Missioni vevoli nella seduta del 20 maggio 2020	3	Articolo 6	7
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge)	3, 4	Articolo 7	8
Documento ministeriale (Trasmissione)	4	Articolo 8	11
Atti di controllo e di indirizzo	4	Articolo 9	12
		Articolo 10	12
		Articolo 11	13
Disegno di legge: S. 867 – Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni (Approvato dal Senato) (A.C. 2117-A) e abbinate proposte di legge: Novelli ed altri; Rostan ed altri; Minardo; Piastra ed altri; Bruno Bossio; Carnevali ed altri; Bellucci ed altri; Lacarra ed altri; Paolo Russo ed altri (A.C. 704-909-1042-1067-1070-1226-1246-1590-2004)	5	Ordini del giorno	13
Articoli e relative proposte emendative		Interrogazioni a risposta immediata	27
Articolo 3	5	Chiarimenti in ordine ai contenuti e ai tempi di pubblicazione del cosiddetto decreto-legge « rilancio » – 3-01547	27
Articolo 4	5	Iniziative per una corretta interpretazione della disciplina relativa alla classificazione delle infezioni da COVID-19, contratte in occasione di lavoro, come infortuni – 3-01548	28
		Elementi e iniziative in merito alla situazione del comparto automobilistico italiano e alla salvaguardia dei relativi livelli occupazionali – 3-01549	28

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

	PAG.		PAG.
Iniziative per il rilancio economico delle regioni del Mezzogiorno, tramite un modello di sviluppo e innovazione compatibile con obiettivi di giustizia sociale — 3-01550	29	rispetto della clausola del 34 per cento a favore del Mezzogiorno in relazione alle risorse stanziata per l'attuale crisi economica — 3-01552	31
Iniziative volte a garantire la realizzazione delle politiche di coesione territoriale ed il rispetto dei vincoli di destinazione delle relative risorse a favore del Mezzogiorno — 3-01551	30	Iniziative volte a favorire e velocizzare la realizzazione di opere infrastrutturali in Basilicata, anche attraverso la nomina di commissari straordinari — 3-01553	32
Iniziative volte a individuare adeguati finanziamenti per le opere infrastrutturali nel Sud Italia e intendimenti in ordine al		Iniziative di competenza per il potenziamento dei collegamenti aerei e ferroviari operativi tra i capoluoghi di regione, in raccordo con la ripresa delle attività economiche e produttive — 3-01554	33

COMUNICAZIONI**Missioni valevoli
nella seduta del 20 maggio 2020.**

Amitrano, Ascani, Azzolina, Benvenuto, Boccia, Bonafede, Claudio Borghi, Boschi, Brescia, Buffagni, Businarolo, Cancelleri, Carbonaro, Carfagna, Castelli, Cirielli, Colletti, Colucci, Covolo, Davide Crippa, D'Incà, D'Uva, Vadone, De Micheli, Del Re, Delmastro Delle Vedove, Delrio, Luigi Di Maio, Di Stefano, Fantuz, Ferraresi, Gregorio Fontana, Fraccaro, Franceschini, Frusone, Gebhard, Gelmini, Giaccone, Giachetti, Giorgis, Grande, Grimoldi, Gualtieri, Guerini, Invernizzi, Iovino, L'Abbate, Liuzzi, Lollobrigida, Loreface, Losacco, Lupi, Maggioni, Mammì, Maniero, Mauri, Molinari, Morani, Morassut, Morelli, Orrico, Parolo, Rampelli, Rizzo, Rosato, Ruocco, Saltamartini, Scalfarotto, Schullian, Carlo Sibilìa, Sisto, Spadafora, Spadoni, Speranza, Tasso, Tofalo, Tomasi, Trano, Traversi, Villarosa, Vito, Raffaele Volpi, Zoffili.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Amitrano, Ascani, Azzolina, Benvenuto, Boccia, Bonafede, Claudio Borghi, Enrico Borghi, Boschi, Brescia, Buffagni, Businarolo, Cancelleri, Carbonaro, Carfagna, Castelli, Cirielli, Colletti, Colucci, Covolo, Davide Crippa, D'Incà, D'Uva, Dadone, De Micheli, Del Re, Delmastro Delle Vedove, Delrio, Luigi Di Maio, Di Stefano, Dieni, Fantuz, Ferraresi, Gregorio Fontana, Fraccaro, Franceschini, Frusone, Gebhard,

Gelmini, Giaccone, Giachetti, Giorgis, Grande, Grimoldi, Gualtieri, Guerini, Invernizzi, Iovino, L'Abbate, Liuzzi, Lollobrigida, Loreface, Losacco, Lupi, Maggioni, Mammì, Maniero, Mauri, Molinari, Morani, Morassut, Morelli, Orrico, Parolo, Rampelli, Rizzo, Rosato, Ruocco, Saltamartini, Scalfarotto, Schullian, Carlo Sibilìa, Sisto, Spadafora, Spadoni, Speranza, Tasso, Tofalo, Tomasi, Trano, Traversi, Villarosa, Vito, Raffaele Volpi, Zennaro, Zoffili.

Annuncio di proposte di legge.

In data 19 maggio 2020 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

PEREGO DI CREMNAGO: « Istituzione della qualifica di veterano » (2501);

ANZALDI: « Disposizioni e delega al Governo in materia di divieto dell'impiego di recipienti e contenitori in materiale plastico monouso presso le sedi e gli uffici delle amministrazioni pubbliche » (2502);

SIRAGUSA ed altri: « Introduzione dell'articolo 19-*bis* della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di assistenza sanitaria in favore dei cittadini iscritti nell'Anagrafe degli italiani residenti all'estero » (2503).

Saranno stampate e distribuite.

Annunzio di disegni di legge.

In data 19 maggio 2020 è stato presentato alla Presidenza il seguente disegno di legge:

dal Presidente del Consiglio dei ministri e dal Ministro dell'economia e delle finanze:

« Conversione in legge del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 » (2500).

Sarà stampato e distribuito.

Adesione di deputati a proposte di legge.

La proposta di legge costituzionale ZUCCONI ed altri: « Modifica all'articolo 117 della Costituzione, concernente l'attribuzione della materia del turismo e dell'industria alberghiera alla competenza concorrente dello Stato e delle regioni » (1793) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Silvestroni.

La proposta di legge MOLLICONE ed altri: « Istituzione e disciplina dei consigli aziendali di gestione, in attuazione dell'articolo 46 della Costituzione » (1986) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Silvestroni.

La proposta di legge CIRIELLI: « Istituzione di una fondazione per la promozione e la tutela del collezionismo minore » (2044) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Silvestroni.

La proposta di legge MOLLICONE ed altri: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle connessioni del terrorismo interno e internazionale con la strage di Bologna del 2 agosto 1980 e sulle attività svolte da servizi se-

greti nazionali e stranieri a tale riguardo » (2067) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Silvestroni.

La proposta di legge FRASSINETTI ed altri: « Istituzione del "Premio biennale Giuseppe Tatarella" » (2154) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Silvestroni.

La proposta di legge GALANTINO ed altri: « Modifiche all'articolo 452-*bis* del codice penale e al decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, in materia di qualificazione e regime sanzionatorio degli illeciti penali ambientali » (2241) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Silvestroni.

La proposta di legge MAMMÌ ed altri: « Istituzione della Giornata nazionale in memoria dei professionisti e degli operatori sanitari e sociosanitari vittime dell'epidemia di coronavirus » (2484) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Termini.

Trasmissione dal Ministro per gli affari europei.

Il Ministro per gli affari europei, con lettera in data 18 maggio 2020, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, la relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea, riferita all'anno 2019 (Doc. LXXXVII, n. 3).

Questa relazione è trasmessa a tutte le Commissioni permanenti e alla Commissione parlamentare per le questioni regionali.

Atti di controllo e di indirizzo.

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

DISEGNO DI LEGGE: S. 867 – DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NELL'ESERCIZIO DELLE LORO FUNZIONI (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 2117-A) E ABBINATE PROPOSTE DI LEGGE: NOVELLI ED ALTRI; ROSTAN ED ALTRI; MINARDO; PIASTRA ED ALTRI; BRUNO BOSSIO; CARNEVALI ED ALTRI; BELLUCCI ED ALTRI; LACARRA ED ALTRI; PAOLO RUSSO ED ALTRI (A.C. 704-909-1042-1067-1070-1226-1246-1590-2004)

A.C. 2117-A – Articolo 3

**ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLE COMMISSIONI**

Art. 3.

(Promozione dell'informazione)

1. Il Ministro della salute promuove iniziative di informazione sull'importanza del rispetto del lavoro del personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria, utilizzando le risorse disponibili a legislazione vigente per la realizzazione di progetti di comunicazione istituzionale.

A.C. 2117-A – Articolo 4

**ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLE COMMISSIONI**

Art. 4.

(Modifiche all'articolo 583-quater del codice penale)

1. All'articolo 583-quater del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« Le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio delle sue funzioni o a causa di esse nonché a incaricati di pubblico servizio nello svolgimento di attività di cura, di assistenza sanitaria e di soccorso ».

2. All'articolo 583-quater del codice penale, alla rubrica, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , nonché a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio delle sue funzioni o a causa di esse nonché a incaricati di pubblico servizio nello svolgimento di attività in ambito sanitario e socio-sanitario ».

PROPOSTE EMENDATIVE

ART. 4.

(Modifiche all'articolo 583-quater del codice penale)

Al comma 1, capoverso, sostituire le parole da: delle sue funzioni fino alla fine del capoverso, con le seguenti: o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura,

assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività.

Conseguentemente, al comma 2, capoverso, sostituire le parole da: nell'esercizio delle sue funzioni *fino alla fine del capoverso, con le seguenti:* e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali.

4. 100. Le Commissioni.

(Approvato)

Al comma 1, capoverso, dopo le parole: di pubblico servizio *aggiungere le seguenti:* , a farmacisti e ad assistenti sociali

Conseguentemente, al comma 2, dopo le parole: di pubblico servizio *aggiungere le seguenti:* , a farmacisti e ad assistenti sociali

4. 7. Turri, Potenti, Bisa, Tateo, Paolini, Morrone, Cantalamessa, Di Muro, Marchetti, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Locatelli, Panizzut, Sutto, Tiramani, Ziello.

Al comma 1, capoverso, dopo le parole: nello svolgimento *aggiungere le seguenti:* o a causa.

Conseguentemente, al comma 2, capoverso, dopo le parole: nello svolgimento *aggiungere le seguenti:* o a causa.

4. 102. Montaruli, Gemmato, Galantino.

A.C. 2117-A – Articolo 5

ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLE COMMISSIONI

Art. 5.

(Circostanze aggravanti)

1. All'articolo 61 del codice penale, dopo il numero 11-*septies*) è aggiunto il seguente:

« 11-*octies*) l'aver agito, nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni ».

PROPOSTE EMENDATIVE

ART. 5

(Circostanze aggravanti)

Sostituirlo con il seguente:

Art. 5.

(Circostanze aggravanti)

1. All'articolo 61, numero 10), del codice penale, dopo le parole: « persona incaricata di un pubblico servizio, » sono aggiunte le seguenti: « ivi compreso il personale medico, infermieristico e ausiliario delle strutture ospedaliere e territoriali del Servizio sanitario nazionale, i farmacisti e gli assistenti sociali ».

5. 3. Turri, Potenti, Bisa, Tateo, Paolini, Morrone, Cantalamessa, Di Muro, Marchetti, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Locatelli, Panizzut, Sutto, Tiramani, Ziello.

*Al comma 1, capoverso 11-*octies*, sostituire le parole:* nell'esercizio delle loro funzioni *con le seguenti:* nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività.

5. 100. Le Commissioni.

(Approvato)

A.C. 2117-A – Articolo 6**ARTICOLO 6 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLE COMMISSIONI
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO****Art. 6.***(Modifiche al codice penale in materia di procedibilità)*

1. All'articolo 581, primo comma, del codice penale, dopo le parole: « a querela della persona offesa, » sono inserite le seguenti: « salvo che ricorra la circostanza aggravante prevista dall'articolo 61, numero 11-*octies*), ».

2. All'articolo 582, secondo comma, del codice penale, dopo le parole: « previste negli articoli » sono inserite le seguenti: « 61, numero 11-*octies*), ».

PROPOSTE EMENDATIVE**ART. 6.***(Modifiche al codice penale in materia di procedibilità)**Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:***Art. 6-bis.**

1. Alle farmacie pubbliche e private è riconosciuto per gli anni 2021 e 2022 un credito dalle imposte sui redditi nella misura del 50 per cento e, comunque, non superiore all'importo di euro 1.000,00, per l'acquisto e l'installazione o l'adeguamento dei sistemi di videosorveglianza o antifurto o per la stipula di contratti con istituti di vigilanza.

2. All'onere derivante dal comma 1, valutato in 19 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del Fondo spe-

ciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del Programma Fondi di riserva e speciali della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

Conseguentemente, all'articolo 11, comma 1, dopo le parole: o maggiori oneri a carico della finanza pubblica aggiungere le seguenti: ad eccezione degli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 6-bis.

6. 01. Gemmato, Bellucci, Galantino.*Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:***Art. 6-bis.***(Gruppi di lavoro multidisciplinari)*

1. Le strutture ospedaliere e territoriali promuovono la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari per la prevenzione, la protezione e la gestione del rischio derivante da atti di violenza nei confronti del personale medico e sanitario delle stesse strutture.

2. I gruppi di lavoro di cui al comma 1 hanno, in particolare, il compito di:

a) definire una strategia articolata di prevenzione e di gestione degli atti di violenza;

b) predisporre un modello per la segnalazione degli atti di violenza;

c) individuare e analizzare gli atti di violenza e le situazioni a rischio che richiedono l'intervento delle strutture di vigilanza interna;

d) individuare misure organizzative e strutturali idonee a prevenire gli atti di violenza, a proteggere il personale medico e sanitario nonché a gestire i rischi derivanti da tali atti;

e) prevedere un'adeguata formazione del personale medico e sanitario in merito alla gestione del rischio derivante da atti di violenza.

6. 015. Bellucci, Gemmato, Varchi, Marchio, Galantino.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Copertura assicurativa)

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture ospedaliere e territoriali provvedono alla stipulazione di una polizza di assicurazione in favore del personale medico e sanitario per la copertura dei danni subiti derivanti da atti di violenza nelle medesime strutture.

6. 018. Bellucci, Gemmato, Varchi, Maschio, Galantino.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Ammissione al patrocinio)

1. All'articolo 76, comma 4-ter, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115, dopo le parole: « 609-undecies » sono aggiunte le seguenti: « e 583-quater, ultimo comma del codice penale ».

6. 020. Bellucci, Gemmato, Varchi, Maschio, Galantino.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Sportelli di ascolto)

1. Presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie è istituito un servizio di ascolto e consulenza psicologico a supporto dei lavoratori vittime di violenza sul lavoro, che preveda anche percorsi per il reinserimento lavorativo.

2. Con decreto del Ministero della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della pre-

sente legge, sono disciplinate le modalità di attuazione della disposizione di cui al comma 1.

6. 022. Bellucci, Gemmato, Varchi, Maschio, Galantino.

Dopo l'articolo 6, aggiungere il seguente:

Art. 6-bis.

(Modifiche al codice penale)

1. Dopo l'articolo 612-ter del codice penale è aggiunto il seguente:

« Art. 612-quater. *(Circostanza aggravante)* Se i fatti di cui agli articoli 581, 582, 610 e 612 sono commessi nei confronti di personale di cui all'articolo 39 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, territoriale del Servizio sanitario nazionale, delle strutture sanitarie private, delle farmacie, dei servizi sociali, dei servizi di soccorso volontari, la pena è aumentata di un terzo e si procede sempre d'ufficio ».

6. 024. Potenti, Turri, Bisa, Cantalamezza, Di Muro, Paolini, Marchetti, Morrone, Tateo, Piastra, Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Locatelli, Sutto, Tiramani, Ziello.

A.C. 2117-A – Articolo 7

ARTICOLO 7 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLE COMMISSIONI

Art. 7.

(Obbligo di costituzione di parte civile)

1. È fatto obbligo alle aziende sanitarie, alle pubbliche amministrazioni e alle strutture e ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici, privati o del privato sociale di costituirsi parte civile nei processi per aggressioni commesse nei confronti del proprio personale esercente le professioni sanitarie, socio-sanitarie o sociali nell'esercizio delle sue funzioni.

PROPOSTE EMENDATIVE

ART. 7.

(Obbligo di costituzione di parte civile)

Sopprimerlo

7.50. Varchi, Maschio, Galantino.

(Approvato)

Al comma 1, sostituire le parole da: È fatto obbligo fino a sociale di con le seguenti: Le aziende sanitarie, le pubbliche amministrazioni, le strutture e i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici, privati o del privato sociale possono

Conseguentemente, al medesimo comma, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 74 del codice di procedura penale-

7.51. Varchi, Maschio, Galantino.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(Vigilanza nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali pubbliche o private)

1. Le strutture sanitarie, sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, possono dotarsi di un sistema di videosorveglianza costituito da telecamere a circuito chiuso con immagini criptate, al fine di garantire una maggiore tutela degli operatori sanitari.

2. Le registrazioni dei sistemi di videosorveglianza di cui al comma 1 possono essere visionate esclusivamente dalle Forze di polizia soltanto a seguito di denuncia di reato presentata alla competente autorità.

3. Le immagini registrate dalle telecamere a circuito chiuso di cui ai commi 1 e 2 sono automaticamente cifrate, al mo-

mento dell'acquisizione, all'interno delle medesime telecamere attraverso un sistema di criptazione a doppia chiave asimmetrica. La chiave pubblica è situata all'interno del *firmware* di ciascuna telecamera; la chiave privata rimane nell'esclusiva disponibilità di un ente certificatore accreditato, che la fornisce soltanto nei casi stabiliti dal comma 2, nonché negli altri casi previsti dalla legge.

4. Le telecamere non devono essere fornite di dispositivi di comunicazione con risorse esterne. Il flusso dei dati cifrati in uscita è trasmesso mediante un cavo *ethernet* o un sistema *wi-fi* criptato a un *server* interno non configurato per la connessione alla rete *internet*.

5. Il Garante per la protezione dei dati personali, con proprio regolamento da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce le garanzie di riservatezza che devono essere osservate per l'installazione e per il funzionamento delle videocamere a circuito chiuso di cui al presente articolo.

6. I sistemi di cui al comma 1 possono essere installati previo accordo collettivo stipulato dalla rappresentanza sindacale unitaria o dalle rappresentanze sindacali aziendali ovvero, laddove queste non siano costituite, dalle rappresentanze sindacali territoriali. In alternativa, nel caso di strutture con sedi ubicate in diverse province della stessa regione ovvero in più regioni, tale accordo può essere stipulato dalle associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale. In mancanza di accordo, i sistemi di cui al comma 1 possono essere installati previa autorizzazione della sede territoriale dell'ispettorato nazionale del lavoro o, in alternativa, della sede centrale dell'ispettorato nazionale del lavoro. I provvedimenti di cui al terzo periodo sono definitivi.

7. È istituito, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, in via sperimentale, per gli anni 2020, 2021 e 2022, un fondo con una dotazione di 5 milioni di euro annui destinato a finanziare l'acquisto, l'instal-

lazione, la gestione e la manutenzione dei sistemi di videosorveglianza nelle strutture statali e comunali di cui ai commi 1 e 2.

8. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i criteri per l'assegnazione delle risorse del fondo di cui al comma 7 e sono definiti i termini e le modalità per l'accesso ai finanziamenti da parte delle strutture che ne facciano richiesta.

9. A copertura degli oneri di cui al comma 7, si provvede mediante riduzione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020-2021-2022, dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio 2020-2022, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

7. 027. Novelli, Paolo Russo, Bagnasco, Cassinelli, Bond, Mugnai, Versace, Pittalis, Brambilla, Calabria.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

(Videosorveglianza)

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, al fine di garantire la sicurezza del personale medico e sanitario e dei pazienti, le strutture ospedaliere e territoriali provvedono all'installazione di un sistema di telecamere a circuito chiuso negli spazi comuni, adeguatamente segnalato mediante idonea cartellonistica, in conformità a quanto disposto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. La gestione del sistema di telecamere a circuito chiuso di cui al comma 1 è

affidata esclusivamente a personale appartenente alla struttura ospedaliera o territoriale interessata.

7. 016. Bellucci, Gemmato, Varchi, Maschio, Galantino.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

Art. 7-bis.

1. Al comma 539 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

« *d-ter*) predisposizione di una relazione annuale sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. La relazione è pubblicata nel sito *internet* della struttura sanitaria ».

2. La mancata predisposizione della relazione annuale sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, di cui alla lettera *d-ter*) del comma 539 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, introdotta dal comma 1 del presente articolo, è rilevante ai fini della misurazione e della valutazione della *performance* individuale dei direttori generali responsabili e comporta responsabilità dirigenziale e disciplinare ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

3. Il conseguimento degli obiettivi attraverso l'esercizio dei compiti di cui comma 539 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è valutato ai fini del miglioramento della *performance* organizzativa e individuale attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici e di carriera.

7. 028. Paolo Russo, Bagnasco, Bond, Novelli, Mugnai, Versace, Cassinelli, Pittalis, Brambilla.

A.C. 2117-A – Articolo 8**ARTICOLO 8 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLE COMMISSIONI****Art. 8.***(Misure di prevenzione)*

1. Al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza, le strutture presso le quali opera il personale di cui all'articolo 1 della presente legge prevedono, nei propri piani per la sicurezza, misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento.

PROPOSTE EMENDATIVE**ART. 8.***(Misure di prevenzione)*

Al comma 1, aggiungere in fine il seguente periodo: Previo accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, ciascuna regione individua i presidi e le strutture sanitarie, anche sulla base del bacino di utenza e al livello di rischio della struttura interessata, dove istituire un presidio fisso di polizia composto da almeno un ufficiale di polizia e da un numero di agenti proporzionato al bacino di utenza e al livello di rischio della struttura interessata.

8. 50. Carfagna, Paolo Russo, Novelli, Bagnasco, Cassinelli, Versace, Bond, Brambilla, Pittalis

Dopo l'articolo 8, aggiungere i seguenti:

Art. 8-bis.

(Presidi di polizia presso le strutture ospedaliere)

1. Presso ogni pronto soccorso dei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello è istituito un presidio fisso di po-

lizia, ai fini della tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, composto almeno da un ufficiale di polizia giudiziaria e da due agenti.

2. Le direttive del Ministro dell'interno di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 26 marzo 2001, n. 139, nonché i piani coordinati di controllo del territorio, predisposti dai prefetti in attuazione delle direttive stesse, prevedono che nei presidi ospedalieri di base ove non sia possibile, per ragioni organizzative o economiche, sia istituito il presidio fisso di polizia di cui al comma 1 del presente articolo, che gli agenti di polizia, al fine di garantire un'adeguata tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, sorvegliano i suddetti presidi ospedalieri anche attraverso contatti diretti e frequenti con il personale sanitario.

Art. 8-ter.

(Ricollocazione dei presidi ambulatoriali di guardia medica)

1. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'interno, sono stabilite le modalità attraverso le quali i presidi ambulatoriali di guardia medica sono ricollocati in ambienti idonei a garantire un'adeguata protezione dell'incolumità e della sicurezza del personale.

8. 023. Piastra, Turri, Potenti, Bisa, Tateo, Paolini, Morrone, Cantalamessa, Di Muro, Marchetti, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Locatelli, Panizzut, Sutto, Tiramani, Ziello.

Dopo l'articolo 8, aggiungere il seguente:

Art. 8-bis.

(Concorso delle Forze di polizia per la sicurezza dei presidi ospedalieri)

1. Al fine di garantire adeguate condizioni di sicurezza ai presidi sanitari e

ospedalieri, è autorizzata l'istituzione di un presidio fisso di polizia presso le medesime strutture.

2. Il piano di impiego delle forze di polizia di cui al comma 1 è adottato con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della difesa e con il Ministro della salute, sentito il Comitato nazionale dell'ordine e della sicurezza pubblica integrato dal Capo di stato maggiore della difesa e previa informazione al Presidente del Consiglio dei ministri.

8. 05. Baldini.

Dopo l'articolo 8, aggiungere il seguente:

Art. 8-bis.

(Istituzione di presidi di polizia)

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso le strutture ospedaliere e territoriali è istituito un presidio fisso di polizia, ai fini della tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, composto almeno da un ufficiale di polizia e da un numero di agenti determinato in proporzione al bacino di utenza e al livello di rischio della struttura interessata.

8. 017. Bellucci, Gemmato, Varchi, Maschio, Galantino.

Dopo l'articolo 8, aggiungere il seguente:

Art. 8-bis.

(Modifiche all'articolo 19 della legge 12 febbraio 1968, n. 132)

1. Al primo comma dell'articolo 19 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 dopo la lettera *m*) è aggiunta la seguente:

« *n*) un presidio fisso destinato alla sicurezza interna e composto da almeno

un ufficiale di polizia giudiziaria e da due agenti ».

8. 025. Potenti, Turri, Bisa, Cantalamezza, Di Muro, Paolini, Marchetti, Morrone, Tateo, Piastra.

A.C. 2117-A – Articolo 9

ARTICOLO 9 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLE COMMISSIONI

Art. 9.

(Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari)

1. È istituita la « Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari », volta a sensibilizzare la cittadinanza a una cultura che condanni ogni forma di violenza. La Giornata è celebrata annualmente in una data stabilita con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'istruzione e dell'università e della ricerca.

2. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti connessi all'attuazione del presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

3. La Giornata nazionale di cui al comma 1 non determina gli effetti civili di cui alla legge 27 maggio 1949, n. 260.

A.C. 2117-A – Articolo 10

ARTICOLO 10 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLE COMMISSIONI

Art. 10

(Sanzione amministrativa)

1. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive o moleste nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di incaricati di pubblico servizio presso strutture sanitarie

e socio-sanitarie pubbliche o private è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 5.000.

PROPOSTE EMENDATIVE

ART. 10.

(Sanzione amministrativa)

Al comma 1, sostituire le parole: incaricati di pubblico servizio con le seguenti: chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni

10. 100. Le Commissioni.

(Approvato)

Al comma 1, dopo le parole pubbliche o private aggiungere le seguenti: nonché di incaricati di pubblico servizio nello svolgimento di attività di cura, assistenza sanitaria e di soccorso,

10. 50. Bagnasco, Cassinelli, Novelli, Bond, Mugnai, Versace, Pittalis, Calabria, Paolo Russo, Brambilla

A.C. 2117-A – Articolo 11

ARTICOLO 11 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLE COMMISSIONI IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 11.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono

agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

A.C. 2117-A – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;

all'articolo 2, comma 1, lettera *d*), si dispone quanto segue: *d*) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di video sorveglianza:

appare evidente e condiviso, dunque, che il legislatore abbia considerato i sistemi di videosorveglianza come funzionali strumenti di prevenzione e contrasto anche ai crimini perpetrati ai danni di esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;

a riguardo, appaiono altresì evidenti e continui da anni una serie di gravi fenomeni di criminalità perpetrati ai danni delle farmacie e dei farmacisti su tutto il territorio nazionale, atti che pongono quotidianamente in serio rischio la vita di tali operatori che rivestono, anche e soprattutto in orari notturni, una importantissima e primaria funzione di assistenza sociale e sanitaria ai cittadini italiani;

Federfarma e Ministero dell'interno hanno sottoscritto un protocollo d'intesa per la sicurezza delle farmacie. L'accordo quadro detta le linee guida per il collegamento tra gli impianti di videosorveglianza dei titolari e le centrali operative di polizia e carabinieri, da attuare

poi mediante intese a livello provinciale tra le Federfarma territoriali e le prefetture;

la rete delle farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSN è composta da 19.000 punti dislocati su tutto il territorio nazionale. Ogni farmacia, per ottemperare opportunamente alle indicazioni del predetto protocollo, dovrà dotarsi, con relativo e notevole impegno economico, di sistemi di video sorveglianza, ovvero, qualora ne abbia già la disponibilità, dovrà adeguare tali impianti agli standard tecnologici più avanzati;

a tale riguardo, pertanto, si ravviserebbe l'opportunità di riconoscere alle farmacie un'agevolazione di carattere fiscale consistente in un credito d'imposta,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare iniziative normative di propria competenza volte a riconoscere alle farmacie private convenzionate con il SSN un credito dalle imposte sui redditi per l'acquisto e l'installazione o l'adeguamento dei sistemi di videosorveglianza o antifurto o per la stipula di contratti con istituti di vigilanza.

9/2117-A/1. Gemmato.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

si evidenzia che tra i compiti dell'Osservatorio di cui all'articolo 2 vi è il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla disciplina in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

si segnala che la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del Ministero della

salute (Racc. n. 8 del novembre 2007) intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative;

pertanto l'individuazione delle più adeguate condizioni di sicurezza dei presidi sanitari e ospedalieri, in quanto luoghi di lavoro, dovrebbe considerarsi la *conditio* inderogabile al fine di salvaguardare la più sicura operatività del personale senza trascurare la sicurezza dei pazienti e degli utenti delle strutture sanitarie ed ospedaliere;

sebbene in queste ultime settimane sia stata attuata una sorta di rivalutazione dell'immagine dei medici ed infermieri, che sono diventati eroi nazionali e guerrieri in prima linea, non si è fermata l'ostilità che talvolta si manifesta nei loro confronti: infatti la penuria di personale, soprattutto nella piena fase emergenziale, unita alla carenza di dispositivi di protezione e di *screening* ha alimentato episodi di violenza che non possono passare inosservati, segnale di uno scenario su cui appare inderogabile intervenire;

il 28 aprile, l'OMS in occasione della Giornata mondiale per la sicurezza e la salute sul lavoro, ha invitato tutti i Governi, le organizzazioni dei datori di lavoro e i sindacati, nonché la comunità globale ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari: come sottolineato dall'OMS dall'8 per cento al 38 per cento degli operatori sanitari nel corso della propria carriera subisce violenze fisiche;

partendo da tali premesse, appare opportuno sottolineare come l'accesso alle strutture ospedaliere ed in particolare ai singoli reparti appare in taluni casi particolarmente facile, tale da legittimare il transito di profili dediti ad illeciti e potenzialmente in grado di recare danni a persone e a cose, compromettendo la vocazione di luogo di cura e di supporto delle medesime strutture;

non risulta essere stato definito un protocollo unico a livello nazionale attraverso cui garantire l'adozione di sistemi di controllo degli accessi ai presidi sanitari e ospedalieri mediante strumenti identificativi al fine di esorcizzare l'ingresso di soggetti non addetti;

si ritiene opportuno sottolineare come l'esperienza drammatica della gestione epidemiologica da COVID-19 di questi mesi abbia provveduto ad amplificare l'istanza di sicurezza unita a quella di controllo e monitoraggio degli accessi nelle strutture sanitarie;

il grado di esposizione degli operatori sanitari non solo al rischio biologico ma anche al contatto e al confronto con i parenti dei degenti, e con i profili che dovrebbero essere collocati fuori dall'alveo dell'intervento diretto sanitario e la conseguente urgenza di prevedere meccanismi di controllo degli accessi, rappresentano — anche alla luce della recente esperienza sul versante sanitario — delle premesse da cui partire per rivedere l'attuale sistema di sicurezza sui luoghi di lavoro sanitario;

sarebbe stato opportuno, alla luce delle evidenze emerse con l'esperienza emergenziale in atto, rivedere alcuni punti di questo provvedimento per renderlo realmente rispondente alle istanze di una categoria, che mai come in questo periodo appare vessata,

impegna il Governo

a promuovere l'adozione di sistemi di controllo degli accessi ai presidi sanitari e ospedalieri mediante strumenti identificativi, come tessera sanitaria o altro documento di riconoscimento, al fine di garantire adeguate condizioni di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni nonché per i pazienti e gli utenti delle strutture sanitarie ed ospedaliere.

9/2117-A/2. Baldini.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento all'esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

da uno studio di « Nursing up », sindacato degli Infermieri italiani, emerge che un infermiere su dieci ha subito violenze sul lavoro e il 4 per cento è stato addirittura minacciato con un'arma da fuoco;

gli episodi di violenza coinvolgono tutto il territorio nazionale manifestandosi con una certa frequenza, come testimoniano spesso le cronache nazionali e locali;

il fenomeno delle aggressioni ai danni degli operatori sanitari e socio-sanitari costituisce, oltre che solo un fatto criminoso, l'evidenza di una generale mancanza di consapevolezza culturale, come dichiarato nel corso di un'audizione parlamentare dal vicepresidente nazionale della Croce Rossa italiana, Rosario Valastro: « quello delle aggressioni al personale sanitario è un problema che va affrontato dal punto di vista culturale »;

l'articolo 3 del provvedimento, infatti, prevede la promozione di iniziative di informazione sull'importanza del rispetto del lavoro del personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria, tramite la realizzazione di progetti di comunicazione istituzionale;

il contratto di servizio Rai 2018-2022 prevede, all'articolo 2, che la Rai assicuri un'offerta di servizio pubblico improntata a « veicolare informazioni volte a formare una cultura della legalità » e « del contrasto a ogni forma di violenza » (comma 1, lettera *c*) ed è tenuta a promuovere la crescita della qualità della propria offerta complessiva, da perseguire attraverso una varietà della programmazione complessiva, con particolare attenzione alle offerte che favoriscano la coesione sociale (comma 3, lettera *a*) definendo, quindi, un'offerta concepita per

favorire lo sviluppo, nella collettività nazionale, del senso civico e di una compiuta identità sociale;

la comunicazione istituzionale della salute, in particolare, prevede fra i propri obiettivi l'aumento della consapevolezza degli utenti e dei cittadini,

impegna il Governo

a promuovere progetti di comunicazione istituzionale, anche sulle principali piattaforme multimediali, con Rai – Radiotelevisione s.p.a. e le strutture aziendali, diretti anche al pubblico più giovane.

9/2117-A/3. Mollicone, Bellucci, Rampelli.

La Camera,

premessi che:

il disegno di legge in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, rafforzando le pene previste per alcuni reati commessi in danno di operatori sanitari;

il Servizio di continuità assistenziale, ex guardia medica, è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale poiché garantisce a tutti i cittadini, anche ai non residenti, l'assistenza sanitaria per situazioni che rivestono carattere di urgenza negli orari di lavoro in cui non sono disponibili i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta, un Servizio che molto spesso, rappresenta l'unico presidio pubblico che risponde alle richieste sanitarie, in modo capillare su tutto il territorio nazionale;

considerato che:

uno dei principali compiti del medico di continuità assistenziale è quello di fornire prestazione capillare urbana e rurale presso le postazioni dislocate sul territorio, secondo le modalità stabilite dalle Asl competenti, in linea con le direttive regionali o ministeriali, considerando inol-

tre che, il personale medico di continuità assistenziale, spesso in numero inferiore al fabbisogno a causa dei tagli che nel corso degli anni hanno interessato tutto il Sistema Sanitario Nazionale, si trova a prestare servizio senza le adeguate tutele, esponendosi a diversi rischi se si pensa alle visite notturne a domicilio, alle postazioni isolate, molte delle quali adibite ad ambulatori inadeguati e insufficienti per prevenire atti di aggressione nei confronti dei medici in servizio e che ad oggi non trovano soluzioni appropriate al fine di assicurare e tutelare l'incolumità fisica degli stessi;

rilevato che:

in virtù della funzione di rischio e del particolare orario di lavoro che il medico di continuità assistenziale svolge, alcune regioni, hanno previsto per i medici di continuità assistenziali, un compenso aggiuntivo legato ai rischi ed alla tipologia dell'incarico, anche sulla base della problematicità dei territori di appartenenza sul piano demografico e geografico;

tale misura sarebbe in contrasto con l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 23 marzo 2005, come integrato con l'ACN 29 luglio 2009, che regola i rapporti con i medici di medicina generale, che invece prevede per i medici che svolgono servizi di continuità assistenziale un « onorario omnicomprensivo orario », che non tiene conto né dei rischi per la sicurezza né delle complicazioni logistiche,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, nel rispetto delle competenze legislative di cui all'articolo 117, terzo comma, compatibilmente con le risorse esistenti, di promuovere ogni azione utile volta a favorire la modifica dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) che regola i rapporti con i medici di medicina generale, al fine di introdurre un compenso aggiuntivo, commisurato ai rischi ed alle difficoltà logistiche, per i medici di continuità assistenziale.

9/2117-A/4. Amitrano.

La Camera,

premessi che:

il provvedimento all'esame interviene per tutelare la sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, ampliando il testo, approvato dal Senato il 25 settembre 2019, con numerose modifiche apportate dalle Commissioni Giustizia e Affari Sociali;

tra queste, all'articolo 2, che istituisce presso il Ministero della salute l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, al comma 1 è stata inserita la lettera *f*) affinché, tra i compiti attribuiti all'Osservatorio, diventasse prioritario « promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti »;

lo stesso articolo, al comma 2, ha ritenuto utile che l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie dovesse rapportarsi all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità e degli ordini professionali (istituito presso l'Agenas, ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 24 del 2017, e del decreto ministeriale 29 settembre 2017) al fine di monitorare gli episodi di violenza anche acquisendo, tramite il supporto del suddetto Osservatorio, i dati in materia forniti dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (istituiti ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della citata legge n. 24);

si fa presente che la modifica apportata al testo con l'inserimento all'articolo 2, comma 1, della lettera *f*), risponde anche a quanto richiesto dalla FnOpi (Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche) che nella memoria consegnata nel corso della sua audizione, svolta alle Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali, tra i possibili miglioramenti del testo proponeva « mag-

giore formazione del personale nel riconoscere, identificare e controllare i comportamenti ostili e aggressivi prevedendo anche appositi corsi Ecm (educazione continua in medicina) », sostenendo inoltre che « oggi la formazione degli operatori su questo argomento è del tutto carente e chi si trova ad affrontare situazioni pericolose in prima linea, spesso è impreparato a meno di un suo personale interessamento, mentre dovrebbe essere previsto a livello di corso universitario, anche grazie a una modifica agli ordinamenti didattici e al sistema Ecm »;

da settembre 2019, la FnOpi ha attivato per i suoi iscritti un corso gratuito Ecm: C.A.R.E. (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) – Prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute che, a dimostrazione di quanto sia forte l'interesse del personale sanitario, in soli 4 mesi è stato seguito da ben 94.403 infermieri, ottenendo anche risultati positivi nell'applicazione dei comportamenti appresi con una sensibile riduzione delle aggressioni;

nell'interesse nazionale, sarebbe auspicabile estendere a tutti gli operatori sanitari maggiormente a rischio corsi di formazione analoghi utilizzando ogni strumento a disposizione, affinché l'incapacità di riconoscere precocemente e gestire gli episodi di violenza a loro danno non si ripercuota negativamente anche sulla qualità dell'assistenza offerta ai cittadini;

ai fini dell'adozione di iniziative e programmi è bene ricordare che con il decreto ministeriale 17 aprile 2019 è stata ricostituita, presso l'Agenas, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, (per l'espletamento dei compiti previsti dall'articolo 16-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni) che definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini e i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale;

i dati forniti dai sindacati di categoria di medici e infermieri dimostrano che le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari sono un fenomeno sociale e sono già un'emergenza di interesse nazionale: nel 2019 circa il 65 per cento dei medici ha dichiarato di aver subito aggressioni fisiche o verbali, mentre per i medici del pronto soccorso la percentuale sale all'80 per cento. I soggetti maggiormente a rischio sono le dottoresse, vittime del 56 per cento delle aggressioni. Si calcola che solamente nel 2019 gli episodi di violenza e minaccia nei confronti del personale medico abbiano superato quota 3.000. A questi vanno aggiunti anche i casi che riguardano infermieri e operatori socio sanitari, anche loro esposti a rischi notevoli. Ma sono numeri per difetto, perché molti preferiscono tacere;

in questi difficilissimi mesi di emergenza sanitaria, tutta l'Italia si è resa conto del prezioso lavoro svolto dagli operatori sanitari, incoraggiandoli e ringraziandoli per il grande senso del dovere che stanno dimostrando. Per questo è necessario fornire loro ogni strumento possibile in grado di rendere il loro lavoro al sicuro dai rischi di episodi di aggressioni che possono avere impatto sulla loro salute fisica e psichica,

impegna il Governo:

a considerare la possibilità di utilizzare, da parte dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, come supporto per l'attuazione di quanto indicato all'articolo 2, comma 1, lettera f), le competenze della Commissione Nazionale per la Formazione Continua al fine di rendere più efficiente e capillare il compito dell'Osservatorio di «promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti»;

a valutare l'opportunità di individuare, anche con provvedimenti normativi,

strumenti, iniziative e programmi per rendere strutturale l'adozione di corsi di formazione Ecm per il personale sanitario e socio-sanitario, affinché tutti possano dotarsi delle competenze necessarie per riconoscere e prevenire gli atti di violenza ai loro danni, attenuandone le conseguenze negative.

9/2117-A/5. Ianaro.

La Camera,

premesso che:

da un'inchiesta de *il Sole 24 Ore*, risulterebbero in media tre episodi di violenza al giorno contro medici e infermieri, 1.200 casi denunciati di cui 456 in Pronto soccorso, 400 in corsia e 320 negli ambulatori; secondo i primi dati di uno studio fatto dalla Fnomceo un medico su due ha subito aggressioni;

a dar conto di un fenomeno che sembra in crescita è del resto la cronaca quotidiana: assalti continui registrati soprattutto a danno di chi si trova a fare un turno in solitaria o di dottoresse nelle postazioni di guardia medica; inoltre passano sotto traccia gli episodi di intimidazione, le minacce e le molestie senza conseguenze fisiche;

il dato delle aggressioni aumenterebbe se si prendessero in considerazione dati del 2019, dove da quanto riporterebbe la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere, sarebbero più di 3 mila le aggressioni fisiche;

l'80 per cento degli aggrediti sarebbero i medici che lavorano in Pronto Soccorso o in postazioni di 118, da pazienti o in molti casi da familiari degli stessi;

dalle aggressioni sarebbero scaturiti, secondo un sondaggio della ANAAO-ASSOMED, dai 3 ai 100 giorni di prognosi. Il 70 per cento del campione riferisce di essere stato testimone di aggressioni verso il personale sanitario, il che fa supporre che il fenomeno sia di fatto sottostimato

rispetto a quanto emerso a domanda diretta nel sondaggio. Oltre il 50 per cento dei *responders* ignora che le aggressioni dovrebbero essere identificate come evento sentinella dalla propria Direzione aziendale come previsto dalla raccomandazione n. 8 del 2007 del Ministero della Salute, mentre il 18 per cento asserisce che addirittura non vengono riconosciute;

il disegno di legge in discussione, determina l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti la professione sanitaria e socio-sanitaria, composto da diversi rappresentanti di varie categorie in ambito sanitario, riconoscendo allo stesso organo compiti di monitoraggio e promozione;

fra i suddetti rappresentanti, siederebbe un membro dell'INAIL. L'INAIL ha già in questi anni avviato raccolte relative a segnalazioni e denunce, evidenziando di per sé, un proprio archivio,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare iniziative volte a riconoscere all'INAIL, un ulteriore ruolo specifico di monitoraggio di tutte le denunce pervenute al fine di valutare, redigendo uno specifico atto, la sicurezza dei posti di lavoro, nonché ipotizzando interventi strutturali volti a modificare gli stessi.

9/2117-A/6. Misiti.

La Camera,

premessi che:

nel solo 2019, risulterebbero dai dati pervenuti dalla FIASO, la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere, più di 3 mila le aggressioni che si sono verificate nel nostro Paese contro esercenti la professione sanitaria;

significativo appare il dato della localizzazione di tale malessere mostrato da pazienti o familiari di essi, infatti da ulteriori approfondimenti sviluppati dall'ASSOMED, emergerebbe che seppur è

l'intera penisola ad essere interessata dall'emergenza, con circa una media di 10 episodi al giorno, la maggior percentuale di aggressioni sia fisiche che verbali, del 72,1 per cento, è toccata nel Sud e nelle Isole. Dato ancora più allarmante per i medici che lavorano in Pronto Soccorso e 118 dove le stesse percentuali salirebbero all'80,2 per cento;

rispetto alle aggressioni fisiche, particolarmente colpiti risulterebbero i medici dei reparti di psichiatria e i SERT, percentuale che si attesterebbe intorno al 34,12 per cento, mentre sarebbe del 20,26 per cento per le aggressioni fisiche subite dai medici di Pronto soccorso e 118;

le cause delle aggressioni per i medici coinvolti nell'indagine sarebbero riferibili a varia natura, da fattori socio-culturali per il 37,2 per cento, al definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale per il 23,4 per cento, dalle carenze organizzative per il 20 per cento e alle carenze di comunicazione per l'8,5 per cento;

sicuramente imprescindibile sarebbero il tema del sovraffollamento, strettamente legato al Pronto Soccorso, che risulterebbe, il reparto con il più alto tasso di aggressioni verbali e fisiche, ed il taglio dei posti letto; percentuali insostenibili per chi vi lavora e situazioni cariche di stress che condizionano notevolmente il *burnout* di medici e infermieri, tanto da spingere, così come segnalano le associazioni di categoria, gli specialisti a cercare di evitare proprio i Pronto soccorso;

le dinamiche di sofferenza, mostrate del servizio sanitario, fanno esplodere la questione « Sud », non è un mistero che la sanità meridionale sia quella più defanziata in questi anni per lo più aggravata da iniziative di *spending review* che hanno portato ad un drastico taglio dei fondi sulla sicurezza e ad un netto ridimensionamento dei presidi di polizia fissi, determinando in tal modo una carenza del personale di polizia all'interno dei presidi ospedalieri;

nel testo all'esame, all'articolo 9, si fa riferimento alla giornata nazionale di

educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari al fine di sensibilizzare la cittadinanza ad una cultura che condanni ogni forma di violenza,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare iniziative volte a garantire, l'insegnamento del rispetto del lavoro degli esercenti la professione sanitaria e socio-sanitaria, nonché la condanna di ogni tipo di violenza, attraverso l'utilizzo di programmi scolastici *ad hoc* e nella fattispecie attinenti all'insegnamento dell'educazione civica, di cui alla legge n. 92 del 20 agosto 2019.

9/2117-A/7. Trizzino.

La Camera,

premesso che:

la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), ha sostenuto che sarebbero più di 3 mila le aggressioni che si verificano nel nostro Paese contro medici e personale sanitario e all'Inail sarebbero stati denunciati nell'ultimo anno, 1.200 casi;

dai dati pervenuti da ANAAO e ASSOMED, nel 2019, il 66 per cento dei medici ha subito violenze verbali e fisiche sul proprio posto di lavoro. Le violenze sono state caratterizzate da spinte, botte, schiaffi, insulti e le minacce hanno avuto una frequenza quasi quotidiana. Questa percentuale tende ad aumentare drasticamente se ci soffermiamo sugli operatori sanitari che prestano servizio nei Pronto Soccorso, qui infatti si supera abbondantemente l'80 per cento dei casi;

rispetto alle aggressioni fisiche, particolarmente colpiti sono i medici dei reparti di Psichiatria/SERT, nella misura del 34,12 per cento e i medici di Pronto soccorso/118 per il 20,26 per cento;

le cause delle aggressioni per i medici coinvolti nell'indagine sono riferibili a varia natura, da fattori socio-cultu-

rali per il 37.2 per cento al definanziamento del SSN per il 23,4 per cento, dalle carenze organizzative per il 20 per cento alle carenze di comunicazione per l'8,5 per cento;

da quanto riportato sul sito « Osservatorio diritti », testata *online* specializzata in inchieste, analisi e approfondimenti sul tema dei diritti umani in Italia e nel mondo, la violenza nei confronti degli operatori socio-sanitari, emergerebbe in contesti particolari come abuso di alcol e droga o la mancanza dei limiti di accesso dei visitatori negli ospedali e negli ambulatori. Ciò non avviene esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie ma si determina in condizioni particolari anche fuori dalla stessa struttura, come ad esempio in particolari situazioni di scarsa illuminazione, come i parcheggi degli ospedali;

Jeoffrey Mitchell, Dipartimento dei Vigili del Fuoco, e George Everly, psichiatra, fondatori della *International Critical Incident Stress Foundation* (ICISF), sosterebbero che subire una aggressione verbale e/o una aggressione fisica nello svolgimento del proprio lavoro « rappresenta un evento traumatico più o meno acuto in relazione all'entità dell'evento e alla fragilità delle persone », definendo il *Critical Incident* in ambito sanitario come « ...qualsiasi situazione affrontata dal personale sanitario, capace di produrre uno *stress* emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell'operatore durante e anche dopo l'evento critico »;

è provato che la maggior parte del personale esercente la professione sanitaria e socio-sanitaria, ricorre solo in casi estremi a strumenti di supporto psicologici in modo spontaneo,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare iniziative volte a garantire, presso le aziende sanitarie e socio-sanitarie, sia pubbliche che private, la diffusione di supporti di natura psicologica agli esercenti le profes-

sioni sanitarie e socio-sanitarie, e ai loro familiari, vittime di violenza, valutando anche a tal fine l'istituzione di un numero verde nazionale.

9/2117-A/8. Troiano.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento prevede misure volte alla prevenzione e al contrasto degli atti di violenza a danno dei lavoratori delle professioni sanitarie e socio-sanitarie;

in Italia il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario è in costante aumento. Nel 2018 l'INAIL ha segnalato la presenza nel settore sanitario di tre episodi di violenza al giorno; le strategie di prevenzione delle aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario, dovrebbero includere la predisposizione di misure preventive, oltre alla definizione e alla diffusione di procedure da seguire nel caso in cui si verificano episodi di violenza, allo scopo di impedire comportamenti recidivanti e di contenere i danni. Sotto questo aspetto non si può non constatare la spesso scarsa formazione dei professionisti per riconoscere i fattori di rischio e saper gestire l'escalation della violenza;

da un sondaggio effettuato tra le categorie professionali oggetto del provvedimento in esame, si evidenzia come solo un terzo degli intervistati consideri la propria formazione come adeguata alla gestione e alla prevenzione di situazioni di violenza;

l'articolo 2 del provvedimento in esame, prevede l'istituzione di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

all'Osservatorio sono attribuiti diversi compiti, soprattutto di monitoraggio degli eventi, e promozione di buone pratiche e di studi. Tra i compiti assegnati all'Osservatorio vi è quello promuovere

corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e gestione di situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti; la realtà è che la formazione per il personale medico e sanitario, finalizzata alla prevenzione e gestione di situazioni di conflitto è aspetto molto importante che rischia però di rimanere lettera morta se la sua realizzazione rimane solo uno dei tanti compiti assegnati all'istituendo Osservatorio nazionale,

impegna il Governo

a investire sulla implementazione delle politiche per la sicurezza dei lavoratori delle professioni sanitarie, socio-sanitarie e dei servizi sociali, con particolare riguardo ai corsi di formazione sulla prevenzione e gestione di situazioni di aggressione e di violenza a danno dei medesimi lavoratori.

9/2117-A/9. Bagnasco, Paolo Russo, Mugnai, Novelli, Bond.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento all'esame dell'Assemblea, reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

tra le molteplici modifiche apportate durante l'esame nelle competenti commissioni in sede referente, vi è quella relativa alla previsione — all'articolo 10 — di una sanzione amministrativa da euro 500 a euro 5.000 in capo a chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive o moleste nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di incaricati di pubblico servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private;

il *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come « ogni

aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro». Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo;

tra gli svariati fattori che concorrono all'incremento degli atti di violenza, vi sono le lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, la presenza di ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività, presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;

tali fattori di rischio sono ravvisabili prevalentemente nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie del Mezzogiorno;

è evidente che gli operatori sanitari e socio-sanitari maggiormente interessati dal fenomeno delle aggressioni sono quelli che operano in territori, spesso del sud del Paese, a maggior disagio e a rischio criticità anche conseguente a una inadeguatezza delle strutture, contraddistinte spesso da scarsità di posti letto e di personale;

l'attuale contingenza emergenziale, senza precedenti, costituisce un sicuro fattore di potenziamento del rischio: pare, dunque, necessario fornire un supporto concreto a chi, quotidianamente, opera in quelle strutture, assicurando risorse da destinare all'implementazione di strumenti e presidi di sicurezza,

impegna il Governo

ad intraprendere urgentemente le opportune iniziative, anche di natura legislativa, volte a destinare i proventi delle sanzioni amministrative di cui all'articolo 10 della presente proposta di legge, ad implementare gli strumenti ed i presidi di sicurezza

presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie ubicati in quei territori maggiormente a rischio di aggressioni e di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari.

9/2117-A/10. Carfagna, Bagnasco, Versace.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento è nato dalla necessità, ormai improcrastinabile, di individuare misure efficaci per la prevenzione e il contrasto agli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Professionisti che, come ci raccontano le cronache quasi quotidiane, e ormai con frequenza crescente, mettono a serio pregiudizio la propria incolumità fisica nell'esercizio della loro professione;

sono ormai quotidiani gli episodi che vedono il personale sanitario degli ospedali italiani e le équipes del 118 oggetto di aggressioni, di minacce e anche di azioni limitative della libertà di svolgere la propria professione nei reparti ospedalieri, mettendo in pericolo anche i pazienti;

le aree sanitarie dove si registrano i maggiori casi rispetto al totale delle aggressioni sono: psichiatria con il 34,12 per cento, pronto soccorso con il 20,26 per cento, medicina interna con il 7,46 per cento;

l'articolo 2 del disegno di legge in esame prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie; tra i compiti dell'Osservatorio nazionale vi è anche quello di promuovere l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza. Una previsione importante anche se evidentemente estremamente debole nelle sue ricadute pratiche,

impegna il Governo:

a prevedere misure più incisive ed efficaci di quelle individuate nel provve-

dimento in esame, volte a consentire un più ampio e diffuso utilizzo di strumenti di videosorveglianza nelle strutture sanitarie e negli ambiti individuati dalla presente legge, così come in ulteriori ambiti quali le strutture per l'infanzia e le strutture per anziani e persone con disabilità;

a favorire, nell'ambito delle proprie prerogative, la conclusione dell'iter parlamentare delle proposte di legge volte a prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso anche mediante l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza.

9/2117-A/11. Novelli, Paolo Russo, Calabria, Bagnasco, Versace.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento è nato dalla necessità, ormai improcrastinabile, di individuare misure efficaci per la prevenzione e il contrasto agli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Professionisti che, come ci raccontano le cronache quasi quotidiane, e ormai con frequenza crescente, mettono a serio pregiudizio la propria incolumità fisica nell'esercizio della loro professione;

sono ormai quotidiani gli episodi che vedono il personale sanitario degli ospedali italiani e le équipe del 118 oggetto di aggressioni, di minacce e anche di azioni limitative della libertà di svolgere la propria professione nei reparti ospedalieri, mettendo in pericolo anche i pazienti;

le aree sanitarie dove si registrano i maggiori casi rispetto al totale delle aggressioni sono: psichiatria con il 34,12 per cento, pronto soccorso con il 20,26 per cento, medicina interna con il 7,46 per cento;

l'articolo 2 del disegno di legge in esame prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie; tra i compiti dell'Osservatorio nazionale vi è

anche quello di promuovere l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza. Una previsione importante anche se evidentemente estremamente debole nelle sue ricadute pratiche,

impegna il Governo

a favorire, nell'ambito delle proprie prerogative, la conclusione dell'iter parlamentare delle proposte di legge volte a prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso anche mediante l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza.

9/2117-A/11. (*Testo modificato nel corso della seduta*) Novelli, Paolo Russo, Calabria, Bagnasco, Versace.

La Camera,

premesso che:

le farmacie e le parafarmacie, di sovente, vengono utilizzate dalla criminalità organizzata come veri e propri bancomat, poiché per loro natura hanno sempre la « porta aperta », elemento che, da un lato, dimostra la loro naturale vocazione al servizio, dall'altro, però, le rende profondamente vulnerabili ed esposte all'accesso — davvero troppo semplice — di malintenzionati;

la triste panoramica di avvenimenti di cronaca denota un quadro preoccupante non solo in termini di numerosità degli episodi, ma anche per la violenza dei metodi utilizzati;

tali fatti delittuosi rendono, pertanto, drammaticamente evidente la gravità dei rischi a cui sono esposti i farmacisti nell'esercizio della loro professione;

come dimostrano i molteplici fatti di cronaca, gli avvenimenti di violenza che si consumano quotidianamente coinvolgono non solo i farmacisti ed i loro collaboratori, ma anche gli stessi pazienti rappresentati, perlopiù, da mamme con bambini e da persone anziane;

considerato che:

l'importante attività investigativa svolta dalle Forze dell'Ordine, anche grazie alle immagini dei circuiti di videosorveglianza, ha portato in diverse occasioni all'arresto di rapinatori; è di tutta evidenza, infatti, come gli esiti dell'attività investigativa si giovino in modo significativo delle immagini registrate nei sistemi di videosorveglianza, rappresentando tale sistema un mezzo fondamentale per l'identificazione dei responsabili che merita di essere diffuso e sostenuto;

l'installazione e la gestione di servizi di videosorveglianza nelle farmacie e nelle parafarmacie risultano, quindi, uno strumento necessario per combattere la criminalità, tutelare l'incolumità fisica dei farmacisti e dei pazienti;

tali sistemi di videosorveglianza rappresentano, però, un costo notevole posto a carico dei titolari di farmacia e parafarmacia,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di consentire interamente la detrazione fiscale delle somme spese per l'installazione di sistemi di videosorveglianza delle farmacie e parafarmacie, al fine di garantire alle stesse l'adozione di misure di prevenzione e protezione dei lavoratori che, nel contempo, si traducano anche in tutela degli stessi cittadini.

9/2117-A/**12**. Mandelli.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento prevede misure volte alla prevenzione e il contrasto agli atti di violenza a danno del personale sanitario e socio-sanitario. Lavoratori che, con frequenza purtroppo sempre crescente, mettono a rischio la propria incolumità fisica nell'esercizio della loro professione;

è dunque necessario adottare tutti gli opportuni provvedimenti normativi al fine di garantire la sicurezza del lavoro svolto dagli operatori sanitari e socio-sanitari nel territorio nazionale;

un ruolo importante nelle attività di prevenzione e gestione del rischio di aggressione nei confronti degli operatori sanitari dovrebbe essere svolto dalle stesse strutture sanitarie pubbliche e private nell'ambito delle previste attività di monitoraggio sulle attività messe in atto di prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*);

così come è importante che le attività di prevenzione e gestione del rischio di aggressioni vengano considerate ai fini della misurazione e della valutazione della performance individuale dei direttori generali responsabili,

impegna il Governo:

a prevedere la predisposizione da parte delle strutture sanitarie, di una relazione annuale sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto;

ad adottare le opportune iniziative legislative al fine di prevedere che la mancata predisposizione della suddetta relazione sulla gestione del rischio, sia rilevante ai fini della misurazione e della valutazione della performance individuale dei direttori generali responsabili, e valutato ai fini del miglioramento della performance organizzativa e individuale attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici e di carriera.

9/2117-A/**13**. Paolo Russo, Mugnai, Novelli.

La Camera,

premesso che:

l'organizzazione dell'assistenza sanitaria ha evidenziato negli anni proble-

matiche strutturali che hanno avuto ripercussioni sulla sicurezza del personale socio-sanitario;

è urgente ripensare il ruolo dei medici di base, non solo la loro sicurezza ma anche il loro *status* e percorso formativo, affinché possano pienamente contribuire ad una società in cui il diritto alla salute e l'accesso ai servizi sanitari siano pienamente garantiti,

impegna il Governo:

a rivedere la pianificazione dei fabbisogni dei medici rispetto agli ambiti disciplinari, anche per sostenere le esigenze di sicurezza sanitaria e limitare i fattori di rischio per il personale impiegato negli ospedali e nei presidi territoriali, tenendo conto non solo dei pensionamenti previsti per i prossimi anni ma anche delle necessità riconducibili ad una nuova organizzazione della sanità su base localizzata e non solo ospedaliera;

ad assicurare che il numero di borse di specializzazione medica venga aggiornato alle reali esigenze del Paese per gli anni a venire, mettendo fine all'isolamento e alla scarsità di personale in cui si trovano a lavorare molti presidi medici, frutto di un sistema «ad imbuto» che porta tanti giovani a laurearsi in medicina senza poter poi completare il percorso specialistico;

ad istituire delle Scuole di Specializzazione in Medicina Generale che abbiano pari dignità e condizioni di partecipazione delle altre scuole di specializzazione e che prevedano didattica erogata dall'università e formazione pratica nella rete dei servizi territoriali e ospedalieri che ponga un accento anche sulle questioni di sicurezza del personale socio-sanitario.

9/2117-A/14. Fusacchia, Lattanzio, Muroni, Palazzotto, Quartapelle Procopio.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame reca disposizioni volte a rafforzare la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, tramite l'inasprimento della repressione penale di alcuni specifici reati, se commessi in danno di operatori sanitari e socio-sanitari e con specifiche misure di sensibilizzazione e disposizioni volte a migliorare la sicurezza all'interno degli ospedali;

gli operatori sanitari e socio-sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali, come i reparti di pronto soccorso, i servizi per le dipendenze (SerD) e i dipartimenti di salute mentale (DSM), sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza pubblica;

in Italia, in media si verificano al giorno 3 aggressioni a danno degli operatori della salute e soltanto nel 2018, secondo i dati dell'INAIL, certamente sotto-stimati a causa del preoccupante sommerso, le violenze denunciate ammontano a 1.200 casi, di cui 456 hanno riguardato gli addetti ai reparti di pronto soccorso, 400 si sono verificati in corsia e 320 negli ambulatori;

il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario è, peraltro, in preoccupante aumento e non deve essere tollerato o minimizzato, ma monitorato e affrontato con decisione: il 72 per cento dei medici interpellati ha dichiarato di percepire un'atmosfera di violenza e l'8 per cento ha ammesso che questa percezione è sempre più forte;

subire una aggressione, verbale o fisica che sia, nello svolgimento del proprio lavoro rappresenta un evento traumatico che può causare un forte impatto emotivo: alcune ricerche hanno mostrato che il 15 per cento degli uomini e il 36 per cento delle donne sviluppa disturbi psicosomatici dopo un evento critico, con un aumento degli stati d'ansia, dei sensi di colpa, dei sentimenti di rabbia e di fru-

strazione, dei pensieri intrusivi, della sensazione di pericolo, dei disturbi del sonno oltre ad una riduzione della motivazione all'attività lavorativa;

è necessario farsi carico di questo problema e applicare idonee strategie psicologiche di supporto per poter gestire le conseguenze emotive negative di questi episodi, evitando che i disagi possano evolvere verso condizioni di sofferenza cronica, di disturbi post-traumatici da stress o di demotivazione lavorativa (*burn out*) con le relative assenze prolungate per malattie, bassa qualità lavorativa e richieste di trasferimenti;

le evidenze scientifiche indicano, inoltre, come un tempestivo intervento di supporto psicologico entro le 96 ore dall'evento possa già mitigare significativamente l'impatto emotivo e facilitare una prima e rapida attenuazione dello *stress*,

impegna il Governo

a istituire presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie un servizio di ascolto e consulenza psicologico a supporto dei lavoratori vittime di violenza sul lavoro volto alla riduzione dell'impatto emotivo sull'operatore conseguente all'episodio di aggressione, in modo da evitare o comunque ridurre l'instaurarsi di condizioni croniche di disagio psicologico ed evitare la disaffezione lavorativa e che preveda, altresì, percorsi per il reinserimento lavorativo.

9/2117-A/**15**. Bellucci.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame introduce norme a tutela del personale sanitario e sociosanitario contro le aggressioni che si dovessero verificare durante l'esercizio delle loro funzioni;

con questo provvedimento per la loro tutela si dà agli operatori i vantaggi della qualifica di pubblico ufficiale (procedibilità d'ufficio, inasprimento delle pene), senza gli oneri che tale qualifica comporta;

in sostanza, chiunque farà violenza a un operatore sanitario o sociosanitario, in qualsiasi luogo stia lavorando, incorrerà nelle medesime pene previste per l'aggressione a un pubblico ufficiale e questo sarà sicuramente il più importante deterrente che speriamo possa definitivamente far terminare questa lunga spirale di violenza verso chi si prende cura delle persone,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere, ad ulteriore e maggiore tutela del personale sanitario e sociosanitario la possibilità che le aziende sanitarie si costituiscano parte civile nei processi di aggressione nei confronti dei propri operatori sanitari e sociosanitari nell'esercizio delle loro funzioni.

9/2117-A/**16**. Siani, Carnevali.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Chiarimenti in ordine ai contenuti e ai tempi di pubblicazione del cosiddetto decreto-legge « rilancio » – 3-01547

LOLLOBRIGIDA, MELONI, ACQUAROLI, BALDINI, BELLUCCI, BIGNAMI, BUCALO, BUTTI, CAIATA, CARETTA, CIABURRO, CIRIELLI, LUCA DE CARLO, DEIDDA, DELMASTRO DELLE VEDOVE, DONZELLI, FERRO, FOTI, FRASSINETTI, GALANTINO, GEMMATO, LUCASELLI, MANTOVANI, MASCHIO, MOLLICONE, MONTARULI, OSNATO, PRISCO, RAMPPELLI, RIZZETTO, ROTELLI, SILVESTRONI, TRANCASSINI, VARCHI e ZUCCONI. – Al Ministro per i rapporti con il Parlamento. – Per sapere – premesso che:

il 13 maggio 2020 il Consiglio dei ministri ha approvato l'ennesimo decreto-legge per l'emergenza economica e sociale causata dal Coronavirus, pomposamente chiamato decreto-legge « rilancio »;

secondo il comunicato stampa della Presidenza del Consiglio dei ministri il decreto-legge « introduce misure connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 », intervenendo « in diversi ambiti, in modo trasversale, con l'intento di assicurare l'unitarietà, l'organicità e la completezza delle misure »;

a ben cinque giorni dalla sua approvazione in Consiglio dei ministri il decreto-legge non è ancora stato pubblicato, perché sembra che manchi parte delle coperture finanziarie;

nel frattempo, dalla lettura delle bozze del testo già in circolazione emerge con chiarezza che, a dispetto delle ambi-

zioni di unitarietà e organicità, il decreto-legge contiene una notevole quantità di interventi microsettoriali, dei quali appare davvero di difficile comprensione il nesso con « l'emergenza epidemiologica da COVID-19 »;

si collocano certamente tra queste lo stanziamento di 40 milioni di euro in tre anni per la realizzazione del Tecnopolo di Bologna e il « connesso potenziamento del sistema di alta formazione e ricerca meteo-climatica di Bologna », « tesoretto » messo sostanzialmente nelle mani del presidente della regione Emilia-Romagna che lo può spendere in deroga a ogni disposizione del codice degli appalti, come anche la destinazione di 130 milioni di euro in favore del comune di Taranto « per la realizzazione di un sistema innovativo di bus *rapidtransit* »;

stupiscono, altresì, misure quali la modifica degli assetti della *governance* dell'Enit, la creazione di ben due nuove strutture di esperti e consulenti per il Ministero dello sviluppo economico, alla modica cifra di ottocentomila euro l'anno, o anche le norme volte a garantire il mantenimento della remunerazione garantita per l'Agenzia delle entrate nonostante le minori riscossioni o, ancora, la corresponsione ad Anas di 350 milioni di euro per compensare i minori introiti derivanti dalla diminuzione del corrispettivo versato dai concessionari autostradali, spostando, di fatto, l'onere finanziario da questi ultimi ai contribuenti, o, infine, le misure per l'accoglienza dei migranti irregolari;

le norme sin qui riportate, ad avviso degli interroganti, sono solo alcuni esempi

di trattamenti di favore localistici e personalistici nascosti nelle pieghe di un provvedimento abnorme, composto di 250 articoli, del tutto ingiustificati nel periodo emergenziale che la nostra nazione si sta trovando ad affrontare —:

se il Governo non ritenga di espungere le norme incongrue dal testo del decreto-legge « rilancio », in tal modo assicurandone anche un più agevole e rapido esame. (3-01547)

Iniziativa per una corretta interpretazione della disciplina relativa alla classificazione delle infezioni da COVID-19, contratte in occasione di lavoro, come infortuni — 3-01548

EPIFANI e FORNARO. — *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* — Per sapere — premesso che:

l'articolo 42, comma 2, del decreto-legge « Cura Italia » prevede che per le infezioni da virus COVID-19 contratte in occasione di lavoro trovi applicazione il principio generale in base al quale le malattie infettive contratte in circostanze lavorative (ad esclusione di quelle inquadrate come malattie professionali) sono considerate infortuni e, quindi, il medico certificatore redige l'ordinario certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail e le prestazioni a carico di quest'ultimo istituto, nei casi accertati di infezioni dalla malattia in oggetto in occasione di lavoro, sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato;

con la circolare n. 13 del 3 aprile 2020 l'Inail ha individuato le fattispecie professionali per le quali viene riconosciuta una presunzione semplice di contrazione in occasione di lavoro (della malattia in oggetto), demandando, per altre fattispecie, la definizione dell'eventuale sussistenza dell'occasione di lavoro all'accertamento medico-legale (quest'ultimo, afferma la circolare, « seguirà l'ordinaria

procedura, privilegiando essenzialmente i seguenti elementi: epidemiologico, clinico, anamnestico e circostanziale »);

su questo tema si è scatenato un ampio dibattito, che ha portato Confindustria a chiedere uno « scudo penale » per le aziende contro il rischio di essere chiamate a rispondere di contagi sul lavoro; il 15 maggio 2020 l'Inail con una nota ha precisato che « sono diversi i presupposti per l'erogazione di un indennizzo Inail per la tutela relativa agli infortuni sul lavoro e quelli per il riconoscimento della responsabilità civile e penale del datore di lavoro che non abbia rispettato le norme a tutela della salute e sicurezza sul lavoro. Queste responsabilità devono essere rigorosamente accertate, attraverso la prova del dolo o della colpa del datore di lavoro, con criteri totalmente diversi da quelli previsti per il riconoscimento del diritto alle prestazioni assicurative Inail »;

l'articolo 42 del decreto-legge « Cura Italia » non fa discendere automaticamente l'accertamento della responsabilità civile o penale in capo al datore di lavoro. È una misura a tutela del lavoratore: una prestazione assicurativa che esula dai presupposti per il riconoscimento della responsabilità. Il datore di lavoro può, invece, essere chiamato a rispondere, quantomeno per colpa, in caso di contagio di uno o più dipendenti, qualora non adotti le linee guida in materia di prevenzione dal COVID-19 sui luoghi di lavoro —:

come intenda procedere per fare chiarezza sul tema, al fine di garantire i diritti e la sicurezza dei lavoratori e l'opportuna certezza e trasparenza per i datori di lavoro. (3-01548)

Elementi e iniziative in merito alla situazione del comparto automobilistico italiano e alla salvaguardia dei relativi livelli occupazionali — 3-01549

GRIBAUDO, LEPRI, SERRACCHIANI, CARLA CANTONE, MURA, VISCOMI, EN-

RICO BORGHI e FIANO. — *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* — Per sapere — premesso che:

il comparto automobilistico in Italia occupa 252.000 persone, rappresentando ancora una spina dorsale della produzione industriale (7 per cento del manifatturiero), secondo in Europa per occupati nel settore;

l'andamento dell'occupazione negli stabilimenti italiani di *Fca* non ha, tuttavia, raggiunto gli obiettivi del piano 2014-2018, utilizzando oggi gli ammortizzatori per la maggioranza della forza lavoro;

negli ultimi anni, i lavoratori si sono mobilitati in tutti gli stabilimenti *Fca*; in particolare, si è registrata una forte preoccupazione alla carrozzeria di Mirafiori e nello stabilimento *Maserati* di Grugliasco, ove l'utilizzo dei contratti di solidarietà era stato prorogato fino a giugno 2020. Negli stabilimenti di Pratola Serra e *Vm* di Cento, dove si producono motori diesel, non si hanno prospettive rispetto alla volontà del loro superamento entro il 2022; nell'impianto di Pomigliano d'Arco e in quello di Cassino si è fatto ampio ricorso agli ammortizzatori sociali;

a ottobre 2019 è stata annunciata la volontà di una fusione fra i gruppi *Fca* e *Psa*. I due *partner* avrebbero distribuito un dividendo ordinario di 1,1 miliardi di euro nel 2019 e *Fca* avrebbe distribuito un dividendo eccezionale di 5,5 miliardi di euro; non sono stati tuttavia resi chiari la strategia internazionale e le ripercussioni sulla produzione e sull'occupazione nei rispettivi stabilimenti;

a novembre 2019, il responsabile Emea di *Fca*, Pietro Gorlier, ha affermato di aver avviato circa il 90 per cento degli investimenti previsti per l'Italia, quantificati nel 2018 in 5 miliardi di euro da utilizzare entro il 2021 per il lancio di nuovi modelli ibridi o elettrici;

a causa dell'emergenza COVID-19, gli stabilimenti *Fca* hanno sospeso la produzione a partire dalla metà di marzo 2020, riprendendo gradualmente le attività a

partire dal 4 maggio 2020; tuttavia, alcune ricerche stimano un crollo del 17 per cento della vendita di nuove vetture a livello mondiale e fino al 45 per cento in Italia;

è stata recentemente annunciata la possibilità di un prestito di 6,3 miliardi di euro che il gruppo *Fca* assumerebbe con Intesa San Paolo, con garanzia pubblica tramite Sace, per gli stabilimenti italiani del gruppo —:

quale sia lo stato di attività degli stabilimenti di tutto il comparto *automotive* italiano, con particolare riferimento ai lavoratori in cassa integrazione prima dell'emergenza COVID-19, durante e dopo il *lock-down*, e quali iniziative intenda adottare per salvaguardare i livelli occupazionali italiani nel settore auto, anche valutando la convocazione di un tavolo per affrontare con le parti sociali la transizione ecologica della mobilità, le necessarie riconversioni industriali e l'eventuale intervento pubblico in tal senso. (3-01549)

Iniziative per il rilancio economico delle regioni del Mezzogiorno, tramite un modello di sviluppo e innovazione compatibile con obiettivi di giustizia sociale — 3-01550

OCCHIONERO, ROSTAN, D'ALESSANDRO, MIGLIORE, DE FILIPPO, VITIELLO, SCOMA e FREGOLENT. — *Al Ministro per il sud e la coesione territoriale.* — Per sapere — premesso che:

la crisi sanitaria ha colpito soprattutto le regioni del Centro-Nord, ma la ricaduta economica e sociale dell'emergenza riguarda tutto il Paese e al Sud si somma alle fragilità produttive e strutturali;

secondo lo Svimez, per effetto della pandemia, il prodotto interno lordo nelle regioni meridionali calerà di circa 8 punti: una perdita solo di poco inferiore rispetto alla media del Paese dove le aree più colpite coincidono con quelle più produttive. Questo perché il Mezzogiorno è caratterizzato da una specializzazione pro-

duttiva nei servizi duramente colpiti dalla crisi e da una fragilità del tessuto produttivo e del mercato del lavoro: il rischio di fallimento per le piccole e medie imprese meridionali è quattro volte superiore rispetto al resto del Paese. Il Cerved indica, per la filiera del turismo, un calo del fatturato del 20 per cento e saranno circa 800 mila i disoccupati in cerca di prima occupazione: soprattutto al Sud e in particolare giovani, circa mezzo milione. Se le stime fossero confermate, a fine 2020 il Mezzogiorno si ritroverebbe 15 punti sotto ai livelli precedenti la crisi del 2008;

risulta urgente salvaguardare il tessuto produttivo ma anche sociale, garantendo sostegno e liquidità alle imprese e impedendo il rischio di marginalizzazione e vulnerabilità, che coinvolge molte famiglie e aziende del Mezzogiorno;

in linea con quanto sopra esposto la regolarizzazione nel settore agricolo, sostenuta dalla Ministra Bellanova, per rafforzare la legalità e stroncare il fenomeno del caporalato, è una misura fondamentale;

in questo contesto il tema del rafforzamento della rete infrastrutturale, con particolare attenzione alla banda larga, è divenuto centrale per favorire la ripartenza delle regioni del Mezzogiorno, unitamente all'estensione della rete ferroviaria. Altrettanto importante è il rafforzamento del credito d'imposta per le attività di ricerca e sviluppo, con l'obiettivo di ridurre il *gap* sostanziale con le regioni del Centro-Nord e di rafforzare gli investimenti innovativi delle imprese meridionali, anche alla luce di quanto abbiamo riscoperto tutti con l'emergenza: l'importanza vitale della ricerca e dell'innovazione nell'economia;

nelle aree interne vi è la possibilità di incentivare il turismo nei borghi, nelle colline e nelle montagne già dalle prossime vacanze, per conseguire l'obiettivo di rilancio del turismo sostenibile e culturale —:

quali iniziative intenda adottare per le regioni meridionali per rilanciare un mo-

dello di sviluppo e d'innovazione capace di coniugarsi con i diritti e la giustizia sociale, con particolare riguardo al sostegno della rete infrastrutturale e al rilancio tecnologico del territorio. (3-01550)

Iniziative volte a garantire la realizzazione delle politiche di coesione territoriale ed il rispetto dei vincoli di destinazione delle relative risorse a favore del Mezzogiorno - 3-01551

MACINA, RUGGIERO, BALDINO, ALAIMO, BILOTTI, MAURIZIO CATTOI, CORNELI, D'AMBROSIO, SABRINA DE CARLO, DIENI, FORCINITI, PARISSE, FRANCESCO SILVESTRI, SURIANO, ELISA TRIPODI, GALIZIA, BERTI, BRUNO, DI LAURO, GIORDANO, GRILLO, IANARO, PAPIRO, PENNA, SCERRA, TORTO, LEDA VOLPI, DONNO e MENGÀ. — *Al Ministro per il sud e la coesione territoriale.* — Per sapere — premesso che:

il Fondo per lo sviluppo e la coesione, inizialmente denominato Fondo per le aree sottoutilizzate, è lo strumento di finanziamento per le aree sottoutilizzate del Paese, che raccoglie risorse nazionali aggiuntive, da sommarsi a quelle ordinarie e a quelle comunitarie, nonché nazionali di cofinanziamento;

dal 2003 il Fondo per le aree sottoutilizzate rappresenta lo strumento di politiche per la realizzazione di interventi in aree particolari, favorendo la ripresa della competitività e della produttività nelle « aree obiettivo »;

il Fondo per lo sviluppo e la coesione è finalizzato a dare unità programmatico-finanziaria agli interventi aggiuntivi al finanziamento nazionale, rivolti al riequilibrio economico e sociale tra le diverse aree italiane;

da notizie de *Il Sole 24 ore* si apprende che il presidente di Svimez, Gianola, dichiara che « Le misure a sostegno della liquidità rappresentano un importante passo avanti, ma per uscire dall'*impasse*

bisogna superare il tradizionale dualismo territoriale e ragionare in un'ottica di sistema Paese. A partire dai punti forza, come la riscoperta della centralità del Mediterraneo, attraverso un rilancio delle quattro zone economiche speciale nei porti di Napoli, Gioia Tauro, Bari e Taranto. E spingendo l'acceleratore sulle reti transeuropee dei trasporti per completare i collegamenti con gli altri Paesi europei » e che « il Mezzogiorno, che non si è mai del tutto risollevato dalla crisi del 2008, rischia di accusare una maggiore debolezza nella fase di ripresa. La situazione è drammatica e per recuperare completamente terreno serviranno almeno dieci anni al Nord e venti al Sud »;

il Fondo, in coerenza con l'articolazione temporale della programmazione dei fondi strutturali dell'Unione europea, garantisce l'unitarietà e la complementarietà delle procedure di attivazione delle risorse con quelle previste per i fondi strutturali dell'Unione europea;

la Commissione europea ha consentito la completa flessibilità nell'uso delle risorse della politica di coesione per indirizzare le stesse verso alcuni settori, quali la sanità e gli aiuti alle imprese:

il valore della coesione territoriale, in questo momento di emergenza sanitaria, è un impegno politico da confermare a tutela del principio di riequilibrio territoriale e contro il disinvestimento al Sud, un danno per l'intero Paese —:

se intenda, e in quali termini, attivarsi per garantire la coesione territoriale ed il rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse nel Mezzogiorno, impedendo che le stesse vengano « dirottate » rispetto alla loro effettiva assegnazione, anche considerando il decreto attuativo di prossima emanazione che dovrebbe assicurare una rilevante percentuale dei fondi alle regioni meridionali. (3-01551)

Iniziative volte a individuare adeguati finanziamenti per le opere infrastrutturali nel Sud Italia e intendimenti in ordine al

rispetto della clausola del 34 per cento a favore del Mezzogiorno in relazione alle risorse stanziare per l'attuale crisi economica — 3-01552

BARTOLOZZI, PRESTIGIACOMO, SIRACUSANO e GERMANÀ. — *Al Ministro per il sud e la coesione territoriale.* — Per sapere — premesso che:

nel Sud Italia gli effetti delle misure di contrasto alla pandemia sono pesantissimi e questa consapevolezza impone l'adozione di immediate misure di sostegno agli investimenti;

dall'ultimo *report* Svimez emerge poi chiaramente che il Sud rischia di accusare una maggiore debolezza rispetto al Centro-Nord nella fase della ripresa, perché sconta inevitabilmente la precedente lunga crisi, prima recessiva, poi di sostanziale stagnazione, dalla quale non è mai riuscito a uscire del tutto;

già dal rapporto Svimez del 2019 emergeva la riapertura del divario con il Centro-Nord, con particolare riferimento al crollo degli investimenti pubblici: nel 2018 la spesa in conto capitale è scesa al Sud da 10,4 a 10,3 miliardi di euro, nello stesso periodo al Centro-Nord è salita da 22,2 a 24,3 miliardi di euro. Al Sud sono scarsi i servizi a cittadini e imprese. La spesa *pro capite* delle amministrazioni pubbliche era pari nel 2017 a 11.309 euro nel Mezzogiorno e a 14.168 euro nel Centro-Nord: lo svantaggio meridionale è molto marcato per la spesa relativa a formazione, ricerca e sviluppo, cultura;

la situazione è, oggi, aggravata dalla morfologia dell'economia meridionale (preminenza di servizi ed agricoltura, incidenza del sommerso, presenza di micro e piccole imprese con forte indebitamento e tassi elevati di incagli e sofferenze bancarie) e dai tempi, più lunghi, di reazione al *lockdown*;

il settore dove la disparità assume connotati più preoccupanti è, certamente, quello delle infrastrutture;

due ponti, quello di Genova e quello d'Himera in Sicilia, rendono ancor più tangibile un divario che si sta trasformando in abisso;

la ricostruzione del ponte genovese, il cui crollo è stato purtroppo segnato da 43 vittime innocenti, è divenuta esempio anche per i tempi nei quali è stata realizzata;

del ponte sulla Palermo-Catania, la principale arteria viaria siciliana, per soli 250 metri si attende da 5 anni la ricostruzione, prevista per il 2018, che Anas non ha ancora terminato;

un elemento di orgoglio ed uno di vergogna, pur se entrambi affidati allo Stato, simboli di un'odiosa contraddizione da risolvere;

è ineludibile uno straordinario piano di ricostruzione nazionale che individui le opere strategiche nel Mezzogiorno da sottoporre ad un regime di accelerazione procedurale e finanziaria —:

se ci sia un impegno fattivo volto ad individuare e reperire risorse per le grandi opere e i progetti in corso nel Mezzogiorno e se e come sia rispettata la clausola del 34 per cento in relazione agli 80 miliardi di euro di cui allo scostamento autorizzato dalle Camere. (3-01552)

Iniziative volte a favorire e velocizzare la realizzazione di opere infrastrutturali in Basilicata, anche attraverso la nomina di commissari straordinari — 3-01553

ROSPI, NITTI e ZENNARO. — *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.* — Per sapere — premesso che:

il sistema stradale lucano è oggetto da tempo di diversi interventi da parte di Anas s.p.a.; in particolare, tra gli interventi più importanti vi sono: il raddoppio della strada statale n. 7 Matera-Ferrandina, il completamento della strada statale n. 658 Potenza-Melfi e la messa in sicurezza della strada statale n. 407 Basentana;

la strada statale n. 407 è una delle arterie principali, perché collega Matera e Potenza con l'A3 e la statale strada statale n. 106, nonché una delle più pericolose per l'elevato numero di incidenti che si verificano annualmente. Tra gli interventi di messa in sicurezza della strada statale n. 407, già finanziati e programmati per un investimento complessivo di 18,72 milioni di euro, vi sono la manutenzione straordinaria di diversi viadotti, l'adeguamento delle barriere spartitraffico e i lavori di manutenzione straordinaria per la sostituzione e l'integrazione della segnaletica verticale: purtroppo, però, ad oggi l'avvio delle opere citate risulta andare a rilento;

la strada statale n. 7 Matera-Ferrandina, già stata finanziata per circa 70 milioni di euro, rientra nel collegamento mediano Murgia-Pollino, che collegherà l'autostrada A3 con l'A14, dichiarato opera strategica e di interesse nazionale dalla delibera del Cipe n. 121 del 2001 e inserito tra gli interventi previsti dalla delibera Cipe n. 130 del 2006, nonché inserito nel contratto di programma Anas 2018-2020, che prevede la realizzazione del « *by-pass* di Matera », noto come la Matera-Ferrandina-Pisticci, già assegnato attraverso gara pubblica ad Anas s.p.a. il 6 settembre 2017 e rientrante nel dossier « Matera 2019 »;

l'intervento sulla strada statale n. 658 Potenza-Melfi, già finanziato, prevede la realizzazione di una corsia aggiuntiva, che consentirà un deflusso del traffico più congruo ed agevole;

i diversi interventi sopra citati rappresentano delle opere strategiche per la Basilicata, perché potenziano i collegamenti tra i capoluoghi di provincia, l'area del melfese e l'area del metapontino;

il decreto-legge « sblocca cantieri » ad avviso degli interroganti si è rivelato insufficiente per far ripartire le opere pubbliche, comprese quelle lucane, al contrario di altri strumenti, come il « decreto

Genova», che ha permesso la realizzazione dell'opera in due anni —:

se il Ministro interrogato sia a conoscenza delle problematiche esposte in premessa al fine di adottare iniziative dirette a sbloccare e velocizzare la realizzazione delle opere citate, anche attraverso la nomina di commissari straordinari, come avvenuto per la ricostruzione del Ponte Morandi di Genova. (3-01553)

Iniziative di competenza per il potenziamento dei collegamenti aerei e ferroviari operativi tra i capoluoghi di regione, in raccordo con la ripresa delle attività economiche e produttive — 3-01554

RIXI, MOLINARI, ANDREUZZA, BADOLE, BASINI, BAZZARO, BELLACHIOMA, BELOTTI, BENVENUTO, BIANCHI, BILLI, BINELLI, BISA, BITONCI, BOLDI, BONIARDI, BORDONALI, CLAUDIO BORGHI, BUBISUTTI, CAFFARATTO, CANTALAMESSA, CAPARVI, CAPITANIO, CASTIELLO, VANESSA CATTOL, CAVANDOLI, CECCHETTI, CENTEMERO, CESTARI, COIN, COLLA, COLMELLERE, COMAROLI, COMENCINI, COVOLO, ANDREA CRIPPA, DARA, DE ANGELIS, DE MARTINI, D'ERAMO, DI MURO, DI SAN MARTINO LORENZATO DI IVREA, DONINA, DURIGON, FANTUZ, FERRARI, FOGLIANI, LORENZO FONTANA, FORMENTINI, FOSCOLO, FRASSINI, FURGIUELE, GALLI, GARAVAGLIA, GASTALDI, GAVA, GERARDI, GIACCONE, GIACOMETTI, GIGLIO VIGNA, GIORGETTI, GOBBATO, GOLINELLI, GRIMOLDI, GUIDESI, GUSMEROLI, IEZZI, INVERNIZZI, LATINI, LAZZARINI, LEGNAIOLI, LIUNI, LOCATELLI, LOLINI, EVA LORENZONI, LOSS, LUCCHINI, MACCANTI, MAGGIONI, MANZATO, MARCHETTI, MATURI, MINARDO, MOLTENI, MORELLI, MORRONE, MOSCHIONI, MURELLI, ALESSANDRO PAGANO, PANIZZUT, PAOLINI, PAROLO, PATASSINI, PATELLI, PATERNOSTER, PETTAZZI, PIASTRA, PICCHI, PICCOLO, POTENTI, PRETTO, RAC-

CHELLA, RAFFAELLI, RIBOLLA, SALTAMARTINI, SASSO, STEFANI, SUTTO, TARANTINO, TATEO, TIRAMANI, TOCCALINI, TOMASI, TOMBOLATO, TONELLI, TURRI, VALBUSA, VALLOTTO, VINCI, VIVIANI, RAFFAELE VOLPI, ZICCHIERI, ZIELLO, ZOFFILI e ZORDAN. — *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.* — Per sapere — premesso che:

il Ministro interrogato, di concerto con il Ministro della salute, ha emanato il decreto n. 207 del 17 maggio 2020 riguardante l'operatività delle diverse forme di trasporto in configurazione minima;

per quanto riguarda il trasporto aereo, l'articolo 1 del decreto dispone che siano assicurati «esclusivamente i servizi minimi essenziali», limitando l'operatività agli aeroporti di: Ancona, Bari, Bergamo-Orio Al Serio, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze-Peretola, Genova, Lamezia Terme, Lampedusa, Milano Malpensa, Napoli Capodichino, Olbia, Palermo, Pantelleria, Pescara, Pisa, Roma Ciampino, Roma Fiumicino, Torino e Venezia Tessera;

per quanto riguarda i collegamenti ferroviari ad alta velocità, l'articolo 2 del decreto prevede l'effettuazione giornaliera da parte di *Trenitalia*, quale servizio garantito, di un numero predefinito di collegamenti sulle sei diverse direttrici (adriatica; tirrenica sud; Roma-Puglia; Roma-Verona-Bolzano; dorsale Torino-Milano-Roma-Napoli; Venezia-Roma; trasversale padana), nonché l'effettuazione giornaliera — da parte di *Italo-Ntv* — di una sola coppia di collegamento (Roma Termini-Venezia Santa Lucia) fino al 20 maggio 2020 e di 4 coppie di collegamento (2 Salerno-Torino; Torino-Napoli; Venezia-Napoli) dal 21 al 31 maggio 2020;

dal 18 maggio 2020 è stata disposta la progressiva riapertura di tutte le attività economiche e produttive e sono pertanto aumentate, fino a ritornare alla quasi normalità, le diverse esigenze di trasporto — conformi alle restrizioni vigenti — dei cittadini italiani;

la configurazione minima di trasporto disposta dal Ministro interrogato

appare del tutto inidonea a soddisfare le citate esigenze di trasporto, neanche tra i capoluoghi di regione; in particolare:

a) l'aeroporto di Milano Linate, nonostante la sua strategicità, non è stato ricompreso tra quelli operativi e pertanto rimane chiuso;

b) i collegamenti aerei previsti (ad esempio, tra Genova e Roma o tra Torino e Roma) sono esigui e con operativi che non consentono, a coloro che si spostano per ragioni lavorative, di compiere un viaggio andata e ritorno in giornata;

c) il numero di collegamenti ferroviari è altrettanto esiguo, con conseguente scarsità di posti disponibili;

la rete autostradale non costituisce una valida alternativa di trasporto, dacché essa risulta nuovamente congestionata, essendo ripresi anche i lavori sulla stessa rete, inspiegabilmente non eseguiti durante il *lockdown* —:

se e quali iniziative di competenza il Ministro interrogato intenda intraprendere affinché sia potenziato, con sollecitudine, il numero di collegamenti aerei e ferroviari (ad alta velocità) operativi tra i capoluoghi di regione. (3-01554)

*Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S.p.A.*



18ALA0102010