

398.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Organizzazione dei tempi di esame: pdl n. 1824, ddl di ratifica nn. 2523, 2521, 2373, 2359, 2333, 2322-A, 2314-A, 2230, 2123, 2122, 2121, 2119, 2091, ddl di ratifica n. 1124-A e abb. e ddl di ratifica nn. 2229, 1677, 1676-A	3	Mozioni	11
Comunicazioni	7	Risoluzioni	28
Missioni vevoli nella seduta del 23 settembre 2020	7	Proposta di legge: S. 257-702 – D’iniziativa dei senatori: Marucci ed altri; Montevecchi ed altri: Ratifica ed esecuzione della Convenzione quadro del Consiglio d’Europa sul valore del patrimonio culturale per la società, fatta a Faro il 27 ottobre 2005 (Approvata, in un testo unificato, dal Senato) (A.C. 2165); e abbinate proposte di legge: Ascani ed altri; Quartapelle Procopio (A.C. 476-1099)	38
Progetti di legge (Annunzio; Annunzio di proposte di legge d’iniziativa regionale; Assegnazione a Commissioni in sede referente)	7, 8	Parere della V Commissione	38
Progetti di atti dell’Unione europea (Annunzio)	9	Articoli e relative proposte emendative	
Richieste di parere parlamentare su atti del Governo	10	Articolo 1	38
Atti di controllo e di indirizzo	10	Articolo 2	38
Mozioni Gelmini, Molinari, Lollobrigida, Lupi ed altri n. 1-00349 e Carnevali, De Filippo, Sportiello, Stumpo ed altri n. 1-00379 concernenti iniziative in materia di obblighi vaccinali	10	Articolo 3	38
		Articolo 4	39
		Articolo 5	40
		Ordini del giorno	40

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

	PAG.		PAG.
Interrogazioni a risposta immediata	51	Elementi e iniziative in ordine ai test veloci per la rilevazione del virus COVID-19, con particolare riferimento al relativo utilizzo in ambito scolastico — 3-01766	56
Chiarimenti in ordine alla sottoscrizione di un accordo con l'Unione delle comunità islamiche d'Italia relativo all'avvio di corsi per religiosi islamici operanti nel contesto penitenziario — 3-01760	51	Iniziative di competenza volte al rigoroso rispetto della normativa da parte dei soggetti istituzionali responsabili della tutela della salute dei cittadini, alla luce delle vicende relative al contratto di fornitura di dispositivi di protezione individuale sottoscritto dalla regione Lazio — 3-01767	57
Iniziative volte all'introduzione di nuove lauree abilitanti all'esercizio della professione e alla semplificazione dell'attuale sistema di abilitazione — 3-01761	52	Proposta di legge: Boldrini: Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro n. 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro, adottata a Ginevra il 21 giugno 2019 nel corso della 108^a sessione della Conferenza generale della medesima Organizzazione (A.C. 2207)	58
Iniziative di competenza in merito alla partecipazione del pubblico agli eventi sportivi nell'attuale contesto epidemiologico — 3-01762	53	Parere della V Commissione	58
Iniziative volte a garantire la continuità produttiva e a salvaguardare i livelli occupazionali presso gli stabilimenti <i>Italtel</i> — 3-01763	54	Articoli e relative proposte emendative	
Misure a favore del comparto automobilistico nazionale, in relazione al progetto di fusione tra <i>Fca</i> e <i>Psa</i> — 3-01764	54	Articolo 1	58
Iniziative volte a promuovere l'innovazione tecnologica in ambito sanitario, anche attraverso l'utilizzo delle risorse del <i>Recovery fund</i> — 3-01765	55	Articolo 2	58
		Articolo 3	59
		Ordini del giorno	59

ORGANIZZAZIONE DEI TEMPI DI ESAME: PDL N.1824, DDL DI RATIFICA NN. 2523, 2521, 2373, 2359, 2333, 2322-A, 2314-A, 2230, 2123, 2122, 2121, 2119, 2091, DDL DI RATIFICA N. 1124-A E ABB. E DDL DI RATIFICA NN. 2229, 1677, 1676-A

PDL N. 1824 — DISPOSIZIONI PER LA DISCIPLINA, LA PROMOZIONE E LA VALORIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL SETTORE FLOROVIVAISTICO

Tempo complessivo: 15 ore, di cui:

- discussione sulle linee generali: 7 ore;
- seguito dell'esame: 8 ore.

	<i>Discussione generale</i>	<i>Seguito dell'esame</i>
Relatori	40 minuti <i>(complessivamente)</i>	40 minuti <i>(complessivamente)</i>
Governo	20 minuti	20 minuti
Richiami al Regolamento	10 minuti	10 minuti
Tempi tecnici		1 ora
Interventi a titolo personale	1 ora e 4 minuti	1 ora e 4 minuti <i>(con il limite massimo di 10 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
Gruppi	4 ore e 46 minuti	4 ore e 46 minuti
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>45 minuti</i>	<i>1 ora e 3 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>40 minuti</i>	<i>47 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente</i>	<i>37 minuti</i>	<i>40 minuti</i>
<i>Partito Democratico</i>	<i>37 minuti</i>	<i>39 minuti</i>
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>32 minuti</i>	<i>26 minuti</i>
<i>Italia Viva</i>	<i>32 minuti</i>	<i>26 minuti</i>
<i>Liberi e Uguali</i>	<i>31 minuti</i>	<i>21 minuti</i>
Misto:	32 minuti	24 minuti
<i>Noi Con l'Italia-USEI-CAMBIAMO!-Alleanza di Centro</i>	<i>14 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>5 minuti</i>	<i>4 minuti</i>

<i>Popolo Protagonista – Alternativa Popolare</i>	<i>5 minuti</i>	<i>4 minuti</i>
<i>Centro Democratico-Radicali Italiani-+Europa</i>	<i>4 minuti</i>	<i>3 minuti</i>
<i>MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero</i>	<i>4 minuti</i>	<i>3 minuti</i>

DDL DI RATIFICA NN. 2523, 2521, 2373, 2359, 2333, 2322-A, 2314-A, 2230, 2123, 2122, 2121, 2119, 2091

Tempo complessivo: 2 ore, per ciascun disegno di legge di ratifica.

Relatore	5 minuti
Governo	5 minuti
Richiami al Regolamento	5 minuti
Tempi tecnici	5 minuti
Interventi a titolo personale	14 minuti <i>(con il limite massimo di 2 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
Gruppi	1 ora e 26 minuti
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>13 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>17 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente</i>	<i>14 minuti</i>
<i>Partito Democratico</i>	<i>9 minuti</i>
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Italia Viva</i>	<i>6 minuti</i>
<i>Liberi e Uguali</i>	<i>5 minuti</i>
Misto:	12 minuti
<i>Noi Con l'Italia-USEI-CAMBIAMO!- Alleanza di Centro</i>	<i>4 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Popolo Protagonista – Alternativa Popolare</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Centro Democratico-Radicali Italiani-+Europa</i>	<i>2 minuti</i>
<i>MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero</i>	<i>2 minuti</i>

DDL DI RATIFICA N. 1124-A E ABB. - RATIFICA ED ESECUZIONE DEL PROTOCOLLO N. 15 E DEL PROTOCOLLO N. 16 RECANTI EMENDAMENTI ALLA CONVENZIONE PER LA SALVAGUARDIA DEI DIRITTI DELL'UOMO E DELLE LIBERTÀ FONDAMENTALI

Tempo complessivo: 2 ore.

Relatori	10 minuti <i>(complessivamente)</i>
Governo	5 minuti
Richiami al Regolamento	5 minuti
Tempi tecnici	5 minuti
Interventi a titolo personale	10 minuti <i>(con il limite massimo di 2 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
Gruppi	1 ora e 25 minuti
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>13 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>16 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente</i>	<i>14 minuti</i>
<i>Partito Democratico</i>	<i>9 minuti</i>
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Italia Viva</i>	<i>6 minuti</i>
<i>Liberi e Uguali</i>	<i>5 minuti</i>
Misto:	12 minuti
<i>Noi Con l'Italia-USEI-CAMBIAMO!- Alleanza di Centro</i>	<i>4 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Popolo Protagonista – Alternativa Popolare</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Centro Democratico-Radicali Italiani-+Europa</i>	<i>2 minuti</i>
<i>MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero</i>	<i>2 minuti</i>

DDL RAT. NN. 2229, 1677, 1676-A

Tempo complessivo: 2 ore per ciascun disegno di legge di ratifica (*)

Relatore	5 minuti
Governo	5 minuti

Richiami al Regolamento	5 minuti
Tempi tecnici	5 minuti
Interventi a titolo personale	14 minuti <i>(con il limite massimo di 2 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
Gruppi	1 ora e 26 minuti
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>13 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>17 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente</i>	<i>14 minuti</i>
<i>Partito Democratico</i>	<i>9 minuti</i>
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Italia Viva</i>	<i>6 minuti</i>
<i>Liberi e Uguali</i>	<i>5 minuti</i>
Misto:	12 minuti
<i>Noi Con l'Italia-USEI-CAMBIAMO!- Alleanza di Centro</i>	<i>4 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Popolo Protagonista – Alternativa Popolare</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Centro Democratico-Radicali Italiani-+Europa</i>	<i>2 minuti</i>
<i>MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero</i>	<i>2 minuti</i>

(*) Con riferimento a tutti e tre i provvedimenti, i tempi indicati sono stati in parte utilizzati nella seduta dell'11 maggio 2020.

COMUNICAZIONI

Missioni valevoli nella seduta del 23 settembre 2020.

Amitrano, Ascani, Ascari, Azzolina, Battelli, Bergamini, Boccia, Bonafede, Boschi, Buffagni, Carfagna, Casa, Castelli, Cirielli, Colletti, Comaroli, Covolo, Davide Crippa, D'Incà, D'Uva, Dadone, De Menech, De Micheli, Del Re, Delmastro Delle Vedove, Delrio, Luigi Di Maio, Di Stefano, Fantuz, Fassino, Ferraresi, Gregorio Fontana, Fraccaro, Franceschini, Frusone, Gallinella, Gebhard, Gelmini, Giachetti, Giacomoni, Giorgis, Grimoldi, Gualtieri, Guerini, Invernizzi, Iorio, Iovino, L'Abbate, Licatini, Liuzzi, Lollobrigida, Loreface, Losacco, Lupi, Maggioni, Maniero, Marattin, Mauri, Melilli, Molinari, Morani, Morassut, Nardi, Orrico, Paita, Palmisano, Parolo, Perantoni, Rampelli, Rizzo, Rosato, Rotta, Ruocco, Scalfarotto, Schullian, Serracchiani, Carlo Sibilìa, Sisto, Spadafora, Spadoni, Speranza, Tasso, Tateo, Tofalo, Tomasi, Traversi, Vignaroli, Villarosa, Raffaele Volpi, Zoffili.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Amitrano, Ascani, Ascari, Azzolina, Battelli, Bergamini, Boccia, Bonafede, Enrico Borghi, Boschi, Buffagni, Cancelleri, Carfagna, Casa, Castelli, Cirielli, Colletti, Comaroli, Covolo, Davide Crippa, D'Incà, D'Uva, Dadone, De Menech, De Micheli, Del Re, Delmastro Delle Vedove, Delrio, Luigi Di Maio, Di Stefano, Dieni, Fantuz, Fassino, Ferraresi, Gregorio Fontana, Fraccaro, Franceschini, Frusone, Galli-

nella, Gebhard, Gelmini, Giachetti, Giacomoni, Giorgis, Grimoldi, Gualtieri, Guerini, Invernizzi, Iorio, Iovino, L'abbate, Licatini, Liuzzi, Lollobrigida, Loreface, Losacco, Lupi, Maggioni, Maniero, Marattin, Mauri, Melilli, Molinari, Morani, Morassut, Nardi, Orrico, Palmisano, Parolo, Perantoni, Rampelli, Rizzo, Rosato, Rotta, Ruocco, Scalfarotto, Schullian, Serracchiani, Carlo Sibilìa, Sisto, Spadafora, Spadoni, Speranza, Stumpo, Tasso, Tateo, Tofalo, Tomasi, Traversi, Vignaroli, Villarosa, Vito, Raffaele Volpi, Zennaro, Zoffili.

Annuncio di proposte di legge.

In data 22 settembre 2020 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

COMINARDI ed altri: «Delega al Governo per il riordino della normativa in materia di orario di lavoro, la riduzione di esso a parità di salario e l'introduzione di incentivi, finanziabili con le risorse del fondo europeo per la ripresa e di altri fondi dell'Unione europea, in favore delle imprese che, contestualmente a tale riduzione, attuano investimenti tecnologici o iniziative di formazione per i lavoratori » (2671);

BALDELLI: « Abrogazione di norme del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, recanti modificazioni al codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 » (2672).

Saranno stampate e distribuite.

**Annunzio di proposte di legge
d'iniziativa regionale.**

In data 22 settembre 2020 è stata presentata alla Presidenza, ai sensi dell'articolo 26 della legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1, la seguente proposta di legge:

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA DEL CONSIGLIO REGIONALE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA: « Norme in materia di prevenzione dei danni causati dalla fauna selvatica. Modifica alla legge 11 febbraio 1992, n. 157, recante norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio » (2673).

Sarà stampata e distribuita.

**Assegnazione di progetti di legge
a Commissioni in sede referente.**

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

I Commissione (Affari costituzionali):

CECCANTI ed altri: « Modifica all'articolo 4 della legge 2 luglio 2004, n. 165, in materia di inammissibilità delle liste per l'elezione dei consigli regionali in caso di violazione del limite massimo di candidati del medesimo sesso, e disposizioni sulla sua applicazione cedevole negli ordinamenti delle regioni » (2625) *Parere delle Commissioni V e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

X Commissione (Attività produttive):

BORGHESE: « Norme per la tracciabilità dei prodotti italiani e per il contrasto della contraffazione » (2583) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni*

in materia di sanzioni), V, XI, XII, XIII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali;

BORGHESE: « Istituzione del marchio "Prodotto italiano – Italian product" per la promozione dell'economia, dell'esportazione e della tutela dei prodotti italiani all'estero » (2584) *Parere delle Commissioni I, III, V, XIII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

XII Commissione (Affari sociali):

BORGHESE: « Disciplina della donazione dei tessuti e di cellule staminali del cordone ombelicale e altre disposizioni per promuovere l'alta formazione e la ricerca in materia a fini scientifici e terapeutici » (2585) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V, VII, XI e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e VII (Cultura):

FRAGOMELI: « Riconoscimento della canzone "Bella ciao" quale espressione popolare dei valori fondanti della nascita e dello sviluppo della Repubblica » (2483) *Parere delle Commissioni V e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Commissioni riunite X (Attività produttive) e XII (Affari sociali):

BORGHESE: « Modifiche alla legge 24 ottobre 2000, n. 323, concernenti la disciplina e la promozione del settore termale, nonché delega al Governo per l'adozione di un testo unico delle leggi in materia di attività idrotermali » (2622) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), VII, XI, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Annunzi di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 22 settembre 2020, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2004/37/CE sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni durante il lavoro (COM(2020) 571 final), corredata dal relativo allegato (COM(2020) 571 final – Annex) e dal relativo documento di lavoro dei servizi della Commissione – Sintesi della relazione sulla valutazione d'impatto (SWD(2020) 184 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite XI (Lavoro) e XII (Affari sociali);

Proposta di decisione del Consiglio relativa alla firma, a nome dell'Unione europea, e all'applicazione provvisoria dell'accordo che modifica l'accordo di partenariato interinale tra la Comunità europea, da una parte, e gli Stati del Pacifico, dall'altra, per quanto riguarda l'adesione dello Stato indipendente di Samoa e delle Isole Salomone e la futura adesione di altri Stati insulari del Pacifico (COM(2020) 576 final), corredata dal relativo allegato (COM(2020) 576 final – Annex), che è assegnata in sede primaria alla III Commissione (Affari esteri).

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 22 settembre 2020, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, progetti di atti dell'Unione europea, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi.

Questi atti sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle Commissioni competenti per materia, con il parere, se non già assegnati alla stessa in sede primaria, della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Con la predetta comunicazione, il Governo ha altresì richiamato l'attenzione sui seguenti documenti, già trasmessi dalla Commissione europea e assegnati alle competenti Commissioni, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento:

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Relazione 2020 in materia di previsione – Previsione strategica: tracciare la rotta verso un'Europa più resiliente (COM(2020) 493 final);

Relazione della Commissione sull'applicazione nel 2019 del regolamento (CE) n. 1049/2001 relativo all'accesso del pubblico ai documenti del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione (COM(2020) 561 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Un traguardo climatico 2030 più ambizioso per l'Europa – Investire in un futuro a impatto climatico zero nell'interesse dei cittadini (COM(2020) 562 final);

Proposta modificata di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce il quadro per il conseguimento della neutralità climatica e che modifica il regolamento (UE) 2018/1999 (Legge europea sul clima) (COM(2020) 563 final);

Proposte di decisione del Consiglio relativa alla conclusione di un protocollo dell'accordo relativo ai servizi internazionali occasionali di trasporto di viaggiatori effettuati con autobus (accordo Interbus) riguardante i servizi internazionali regolari e i servizi internazionali regolari specializzati di trasporto di viaggiatori effettuati con autobus (COM(2020) 567 final);

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo a una deroga temporanea a talune disposi-

zioni della direttiva 2002/58/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'uso di tecnologie da parte dei fornitori di servizi di comunicazione interpersonale indipendenti dal numero per il trattamento di dati personali e di altro tipo ai fini della lotta contro gli abusi sessuali sui minori *online* (COM(2020) 568 final).

Richieste di parere parlamentare su atti del Governo.

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 10 settembre 2020, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1998, n. 76, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di rettifica dell'allegato FM 5 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 febbraio 2020, concernente la ripartizione della quota dell'otto per mille dell'IRPEF devoluta alla diretta gestione statale per il 2018, riferito alla categoria « Fame nel mondo », registrato dalla Corte dei conti con il numero 407 (196).

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla V Commissione (Bilancio), che dovrà esprimere il prescritto parere entro il 13 ottobre 2020.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 18 settembre 2020, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 31, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, degli articoli 1 e 5 della legge 9 luglio 2015, n. 114, e dell'articolo 1, comma 3, della legge 24 aprile 2020, n. 27, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 21 maggio 2018, n. 68, di attuazione della direttiva (UE) 2016/97 sulla distribuzione assicurativa (197).

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla VI Commissione (Finanze) nonché, ai sensi del comma 2 dell'articolo 126 del Regolamento, alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), che dovranno esprimere i prescritti pareri entro il 3 novembre 2020. È altresì assegnata, ai sensi del comma 2 dell'articolo 96-ter del Regolamento, alla V Commissione (Bilancio), che dovrà esprimere i propri rilievi sulle conseguenze di carattere finanziario entro il 13 ottobre 2020.

Atti di controllo e di indirizzo.

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

*MOZIONI GELMINI, MOLINARI, LOLLOBRIGIDA, LUPI ED ALTRI
N. 1-00349 E CARNEVALI, DE FILIPPO, SPORTIELLO, STUMPO ED
ALTRI N. 1-00379 CONCERNENTI INIZIATIVE IN MATERIA DI
OBBLIGHI VACCINALI*

Mozioni

La Camera,

premessi che:

L'influenza è una malattia respiratoria causata da virus influenzali del genere *Orthomixovirus*, che si trovano nella saliva e nel muco delle vie respiratorie e penetrano nell'organismo attraverso le mucose (bocca, occhi, naso), infettando le vie aeree (naso, gola, polmoni);

L'influenza è una malattia molto contagiosa, perché la trasmissione per via aerea da persona a persona avviene facilmente in maniera diretta, attraverso le goccioline di saliva e le secrezioni respiratorie di un soggetto infetto che tossisce o starnutisce o con un colloquio a distanza molto ravvicinata o indiretta mediante dispersione delle goccioline (*droplet*) e contatto con secrezioni su oggetti e superfici; gli individui adulti affetti da influenza possono diffondere il virus ad altri soggetti da un giorno prima dell'inizio dei sintomi a circa cinque giorni dopo l'inizio della sintomatologia; i bambini e le persone con un sistema immunitario indebolito possono essere più contagiosi e diffondere il virus per periodi più lunghi;

L'esordio dell'influenza generalmente si manifesta con l'insorgenza improvvisa di febbre alta, tosse e dolori muscolari; altri sintomi comuni includono mal di testa, brividi, perdita di appetito,

affaticamento e mal di gola, ma possono verificarsi anche nausea, vomito e diarrea, specialmente nei bambini;

la maggior parte delle persone guarisce nell'arco di una settimana o dieci giorni, ma i bambini molto piccoli, le donne in gravidanza, gli anziani e chi soffre di patologie croniche sono a maggior rischio di sviluppare complicanze più gravi che vanno dalle polmoniti batteriche, alla disidratazione, al peggioramento di malattie preesistenti (quali, ad esempio, il diabete, le malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche), alle sinusiti e alle otiti (queste ultime soprattutto nei bambini);

L'influenza è una malattia stagionale che in Italia si manifesta durante l'autunno e raggiunge generalmente il picco nei mesi invernali (prevalentemente da dicembre a marzo), per ridursi poi in primavera e in estate e, come nel resto d'Europa, si presenta con epidemie influenzali annuali associate a morbosità e mortalità elevate;

secondo i dati più aggiornati di *InfluNet* (il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza, coordinato dal Ministero della salute con la collaborazione dell'Istituto superiore di sanità), da ottobre 2019 al 26 aprile 2020, il numero di casi stimati di sindrome simil-influenzale è pari a circa 7 milioni e 595 mila casi;

L'influenza colpisce mediamente ogni anno il 9 per cento della popolazione italiana – con un minimo del 4 per cento

registrato nella stagione 2005-2006 e un massimo del 15 per cento per la stagione 2017-2018 — e presenta una curva epidemica che generalmente raggiunge il picco all'inizio del mese di febbraio, colpendo soprattutto la popolazione in età pediatrica (0-4 e 5-14 anni), con un'incidenza cumulativa che decresce all'aumentare dell'età;

in Italia, l'influenza è una delle 10 principali cause di morte; i dati di mortalità specifici per influenza che l'Istat fornisce ogni anno in Italia, stimano in circa 400 il numero di decessi direttamente imputabili all'influenza. Tuttavia, tenuto conto che il virus influenzale aggrava le condizioni già compromesse di pazienti affetti da altre patologie (per esempio, respiratorie o cardiovascolari) fino a provocarne il decesso, la stessa Istat stima in circa 8.000 il numero dei decessi, registrati ogni anno in Italia, per influenza e per le correlate complicanze;

dai dati relativi all'impatto dell'influenza in Unione europea, elaborati dal Centro europeo per il controllo delle malattie (Ecdc), si stima che in media circa 40 mila persone muoiano prematuramente ogni anno a causa dell'influenza e che il 90 per cento dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli affetti da patologie croniche (ad esempio, ipertesi, diabetici, broncopneumopatici, immunodepressi);

la spesa diretta e indiretta sostenuta a causa della patologia influenzale e delle sindromi simil-influenzali, secondo quanto emerge dal primo studio italiano presentato al 19esimo Congresso nazionale della Società italiana di pneumologia nel 2018, pesa sulle famiglie e sullo Stato quasi quanto una manovra economica; ogni anno, infatti, i costi complessivi ammontano a circa 10,7 miliardi di euro, di cui 8,6 miliardi di euro a carico delle famiglie e 2,1 miliardi a carico dello Stato: annualmente, dunque, ogni famiglia spenderebbe in media 250 euro, mentre il Servizio sanitario nazionale circa 62 euro per malato;

nel rapporto «Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020», il Ministero della salute evidenzia che «l'influenza rappresenta un serio problema di sanità pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo»; diventa, quindi, indispensabile proporre interventi di sanità pubblica che possano determinare una svolta migliorativa nella lotta all'influenza che è, di fatto, tra le poche malattie infettive che ogni uomo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza;

la vaccinazione è la forma più efficace di prevenzione dell'influenza ed è ricompresa nel calendario vaccinale nazionale tra le quelle previste nei livelli essenziali di assistenza; la vaccinazione antinfluenzale, in accordo con gli obiettivi della pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento degli obiettivi specifici del programma di immunizzazione contro l'influenza, viene offerta attivamente e gratuitamente alle persone che, per le loro condizioni personali, corrono un maggior rischio di andare incontro a complicanze nel caso contraggano l'influenza;

per la sostenibilità economica, secondo quanto previsto dal piano nazionale della prevenzione vaccinale (2017-2019), in base al principio del partenariato pubblico-privato di rilevante contenuto sociale e in piena trasparenza, si sostiene che potrebbero essere individuati meccanismi negoziali con i produttori che permettano, ad esempio, di diminuire il costo unitario del vaccino in proporzione al raggiungimento di tassi di copertura progressivamente più elevati;

secondo quanto stabilito dalla circolare «Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020», predisposta dal Ministero della salute (accordo Stato-regioni 1° agosto 2019), la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata ed offerta attivamente e gratuitamente a: soggetti che per le loro

condizioni personali nel caso contraggano l'influenza corrono un alto rischio di complicanze o ricovero correlato all'influenza (soggetti di età pari o superiore a 65 anni; soggetti dai 6 mesi ai 65 anni affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza; bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino in stato di gravidanza; individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti; familiari e contatti di soggetti ad alto rischio di complicanze); soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori (medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali; forze di polizia; vigili del fuoco; altre categorie socialmente utili nello svolgimento della loro attività lavorativa individuati dalle regioni/pubbliche amministrazioni); personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani;

in aggiunta alle predette categorie, la più recente circolare «Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021», tenuto conto dell'emergenza COVID-19, ha previsto la possibilità che la vaccinazione antinfluenzale sia offerta gratuitamente anche nella fascia d'età 60-64 anni e che la stessa sia fortemente raccomandata nei riguardi degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza. Per tutti i soggetti della popolazione generale, non appartenenti alle citate categorie a rischio, invece, il vaccino continua a rimanere escluso dalla rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale e deve essere prescritto dal medico;

ogni regione e provincia autonoma stabilisce le strutture deputate alla vacci-

nazione, individuate prioritariamente nei servizi di vaccinazione dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali e negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, a cui appare opportuno aggiungere anche le farmacie di comunità che, nella funzione di presidi sanitari polifunzionali del territorio, nell'ambito del progetto di «farmacia dei servizi», possono essere siti vaccinali permanenti, previa disponibilità di spazi idonei sotto il profilo igienico-sanitario e con la presenza di medici eventualmente assistiti da infermieri o personale sanitario idoneo, secondo modalità e specifici accordi da stabilire con apposita disciplina; tale previsione ridurrebbe significativamente i tempi necessari alla somministrazione del vaccino e consentirebbe una più estesa e agevole copertura vaccinale della popolazione, grazie anche alla capillare distribuzione delle farmacie sull'intero territorio nazionale, ivi comprese le aree rurali e periferiche che sono prevalentemente sguarnite di presidi sanitari;

L'Organizzazione mondiale della sanità e il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 riportano, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale, il 75 per cento come obiettivo minimo perseguibile e il 95 per cento come obiettivo ottimale negli ultrasessantenni e nei gruppi a rischio, ma nella stagione 2017-2018, in analogo tendenza con le stagioni precedenti, vi hanno fatto ricorso solo il 15,3 per cento della popolazione generale e il 57,2 per cento delle persone con età superiore ai 65 anni;

L'Organizzazione mondiale della sanità – in un documento del 7 marzo 2020 – ha fornito chiarimenti sul virus dell'influenza e su COVID-19, precisando che, seppur appartenenti a tipologie differenti, essi si manifestano con sintomi a carico dell'apparato respiratorio assai simili e con una medesima modalità di trasmissione; sul tema anche il Ministero della salute ha precisato che il vaccino contro l'influenza stagionale non protegge da COVID-19 e risulta indispensabile raccoman-

dare fortemente la vaccinazione anti-influenzale anche per consentire la diagnosi differenziale e facilitare la distinzione tra le due malattie; inoltre, è necessario evidenziare che la percentuale ancora troppo bassa di soggetti vaccinati, rispetto a quella minima perseguibile auspicata dalle competenti autorità, determina una condizione di potenziale rischio per la tutela della salute pubblica;

dal rapporto del 4 maggio 2020 relativo all'«impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente primo trimestre 2020», prodotto congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto superiore di sanità, dai dati riferiti a 6.866 comuni (87 per cento dei 7.904 complessivi) e relativi all'86 per cento della popolazione residente in Italia, è emerso che dal 20 febbraio 2020, data di inizio della pandemia in atto, fino al 28 aprile 2020 sono stati segnalati al sistema di sorveglianza nazionale integrata 199.740 casi positivi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionale, di cui 113.312 fino al 31 marzo 2020 (periodo di riferimento del rapporto), dei quali: il 52,7 per cento dei casi (104.861) è di sesso femminile; l'età mediana è di 62 anni (*range* 0-100); nelle fasce di età 0-9 anni, 60-69 e 70-79 anni si osserva un numero maggiore di casi tra gli uomini rispetto alle donne; nella fascia di età >90 anni, le donne sono più del triplo degli uomini, probabilmente a causa della netta prevalenza femminile in questa fascia di età;

il vigente sistema di «sorveglianza integrata», deputato anche alla raccolta dei dati sui decessi, a partire dal 20 febbraio 2020 e fino al 31 marzo 2020 ha registrato 14.324 decessi di persone notificate come positive al COVID-19; la mortalità «diretta» attribuibile a COVID-19 in individui con diagnosi confermata, nel primo trimestre 2020, è stata di circa 13.700 decessi (dati riferiti a 6.866 comuni esaminati come emerso nel rapporto Istat del 4 maggio 2020); esiste una quota ulteriore di circa altri 11.600 decessi per la quale si possono ipotizzare tre possibili

cause: un'ulteriore mortalità associata a COVID-19 (decessi in cui non è stato eseguito il tampone), una mortalità indiretta correlata a COVID-19 (decessi da disfunzioni di organi quali cuore o reni, probabili conseguenze della malattia scatenata dal virus in persone non testate, come accade per analogia con l'aumento della mortalità da cause cardiorespiratorie in corso di influenza) e una quota di mortalità indiretta non correlata al virus, ma causata dalle difficoltà del sistema ospedaliero – soprattutto nelle zone del territorio nazionale più colpite dalla pandemia – e dal timore di recarsi in ospedale per scongiurare il rischio di contagio;

soprattutto nei mesi di gennaio e febbraio 2020 – quando sono stati riscontrati i primi casi di contagio da COVID-19 – in Italia si registrava il picco dell'influenza stagionale e, pertanto, una più estesa copertura vaccinale contro l'influenza avrebbe ridotto sensibilmente il numero dei soggetti ammalati e una maggiore certezza nella diagnosi di patologia da COVID-19; su tali presupposti e per conseguire una più estesa copertura vaccinale con l'obiettivo di raggiungere il 75 per cento come traguardo minimo perseguibile, molte regioni stanno valutando l'opportunità di svolgere più corpose campagne sociali di informazione sui benefici derivanti dalla profilassi vaccinale, nell'ottica che la «fase 2» e la «fase 3» necessitino anche di misure per agevolare la diagnosi differenziata per ridurre la pressione sul Servizio sanitario nazionale;

la concomitante circolazione sul territorio nazionale del virus influenzale e del COVID-19, il rischio di una recrudescenza epidemiologica nel contagio da COVID-19 nel prossimo periodo autunnale e la conseguente sovrapposizione dell'epidemia influenzale alla pandemia da COVID-19 potranno determinare un forte impatto sui livelli di efficienza del Servizio sanitario nazionale, un ricorso incontrollato e inappropriato ai servizi di pronto soccorso, un sensibile aumento delle ospedalizzazioni e una congestione dei servizi sanitari territoriali, con conseguente pre-

giudizio per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e possibili tensioni anche di natura sociale;

al fine di contenere la diffusione del virus influenzale e di ridurre il numero dei soggetti che si ammalano, si ritiene necessario raccomandare la vaccinazione antinfluenzale attraverso un ampliamento delle categorie a rischio e delle fasce di età, come oggi indicate nel documento « Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021 » predisposto dal Ministero della salute;

da tempo anche il *board* delle società scientifiche Sip-Siti-Fimp-Fimmg sostiene un allargamento delle indicazioni alla vaccinazione, che vada oltre le tradizionali categorie a rischio e abbassi progressivamente a 50 anni l'età di offerta attiva e gratuita della vaccinazione;

un'inversione di tendenza nella percezione dell'importanza delle vaccinazioni sarebbe utile per ampliare la platea di popolazione vaccinata e sana e per ridurre complicità, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione, ma richiede la necessità di trovare nuove modalità organizzative per l'offerta vaccinale dei prossimi anni in Italia, anche al fine di rispondere ai bisogni dei cittadini e dei territori;

come già premesso, l'Istituto superiore di sanità, con il sostegno del Ministero della salute, coordina InFluNet ovvero il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza. L'attività svolta si articola nella sorveglianza epidemiologica (che ha l'obiettivo di determinare l'inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia stagionale) e nella sorveglianza virologica (che ha come obiettivo il monitoraggio della circolazione dei diversi tipi, nonché sottotipi, di virus influenzali);

i *report* elaborati dall'Istituto superiore di sanità sulla base dei dati raccolti nell'ambito dell'attività di sorveglianza epidemiologica e virologica sono fonamen-

tali per avere un quadro sempre aggiornato e definito delle malattie e dei virus, tali da poter costituire adeguate basi per razionali profilassi e terapie delle malattie e conseguentemente per lo studio e l'elaborazione di farmaci e vaccini;

appare evidente e ragionevole, dunque, che, proprio nel periodo in cui il Paese sta affrontando un'emergenza derivante dall'improvvisa e rilevante diffusione della COVID-19, includere la sorveglianza della malattia e del nuovo virus SARS-CoV-2 nell'ambito delle attività di sorveglianza epidemiologica e virologica di InFluNet si potrebbe rivelare determinante per acquisire nuovi dati e contribuire non solo al monitoraggio della malattia e del virus nella loro evoluzione, ma anche al loro contrasto e all'elaborazione di adeguate profilassi, terapie, farmaci e vaccini;

la strategia principale dei programmi di immunizzazione in Europa è proteggere direttamente gli individui più vulnerabili. La protezione diretta implica l'immunizzazione di persone appartenenti ai gruppi a rischio ovvero di quegli individui che hanno maggiori probabilità di sviluppare una malattia grave se sono infettati da virus influenzali;

non può tuttavia ignorarsi l'importanza di poter immunizzare anche coloro che sono a stretto contatto con le persone nei gruppi a rischio,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative per assicurare che, nel rispetto dei principi costituzionali e della libertà di scelta individuale, la copertura vaccinale sia la più alta possibile, in specie nei riguardi delle categorie per le quali essa è oggi raccomandata o, comunque, offerta gratuitamente, puntando sull'informazione, sulla chiamata attiva dei destinatari e sul coinvolgimento effettivo delle figure chiave nella campagna vaccinale e, tra queste, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti ospe-

- dalieri, dei medici competenti, dei farmacisti e delle associazioni dei malati;
- 2) ad adottare iniziative per raccomandare fortemente la vaccinazione nei riguardi degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie che operano a contatto con i pazienti, tenuto conto della co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 e dell'accentuato rischio di contrarre l'infezione al quale gli stessi sono esposti rispetto alla popolazione generale;
 - 3) a prevedere che, per la stagione 2020-2021, la vaccinazione nei riguardi dei soggetti di età 60-64 anni sia raccomandata attivamente, oltre che offerta a titolo gratuito;
 - 4) ad attuare, con urgenza, quanto previsto dal Piano nazionale delle vaccinazioni, prevedendo la collaborazione di tutti gli operatori sanitari, delle istituzioni scolastiche, delle università e dei *mass media*, anche per favorire e promuovere la cultura vaccinale, mediante l'organizzazione con cadenza ciclica di incontri con i genitori, convegni tematici, interventi mirati da svolgersi nelle scuole e nei luoghi di lavoro, finalizzati a una più estesa informazione sulle vaccinazioni, da conseguirsi anche tramite la consegna professionalmente assistita ai cittadini di materiale informativo tramite i farmacisti;
 - 5) ad investire risorse per migliorare i servizi di prevenzione sanitaria e di promozione dei programmi vaccinali;
 - 6) a promuovere l'adozione, nel rispetto dei principi costituzionali dell'autonomia delle regioni e della libertà di scelta individuale, di provvedimenti legislativi per ripristinare un livello accettabile di sicurezza sanitaria, mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali, per garantire una copertura vaccinale uniforme in tutto il territorio nazionale;
 - 7) ad adottare iniziative per destinare le risorse economiche necessarie a sostenere e potenziare la ricerca scientifica;
 - 8) ad assumere iniziative per utilizzare a tale scopo le farmacie di comunità che, nella funzione di presidi sanitari polifunzionali del territorio, nell'ambito nel progetto della «Sperimentazione della farmacia dei servizi», possono essere siti vaccinali permanenti, previa disponibilità di spazi idonei sotto il profilo igienico-sanitario e con la presenza di medici eventualmente assistiti da infermieri o da personale sanitario idoneo, secondo modalità e specifici accordi da stabilire con apposita disciplina, per ridurre i tempi necessari alla somministrazione e consentire una più estesa copertura vaccinale della popolazione;
 - 9) a promuovere presso le regioni e le province autonome, per quanto di competenza, una disciplina omogenea circa il tempestivo approvvigionamento dei vaccini da parte dei medici, mediante appositi accordi da stipulare con le rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché ad assicurare anche ai farmacisti delle farmacie di comunità un adeguato rifornimento per garantire la più ampia copertura vaccinale della popolazione attiva che non rientra nelle fasce protette;
 - 10) a presentare al Parlamento una relazione, con cadenza annuale, sullo stato della copertura vaccinale, sui dati epidemiologici e sull'impatto sanitario ed economico della patologia influenzale;
 - 11) ad autorizzare l'Istituto superiore di sanità ad effettuare, nell'ambito delle procedure afferenti al sistema Influnet e anche nelle settimane di monitoraggio non previste dal sistema stesso e fino alla fine dell'epidemia da COVID-19, la sorveglianza epide-

miologica della malattia COVID-19 e virologica del virus SARS-CoV-2 nonché a individuare adeguate risorse economiche destinate alla predetta e nuova attività di sorveglianza, al fine di fornire utili elementi alla ricerca in materia che possa consentire lo sviluppo di vaccini sempre più efficaci e il loro relativo aggiornamento in base alla continua mutazione del virus sorvegliato;

- 12) ad adottare iniziative di competenza volte a raccomandare e offrire, nell'ambito dei provvedimenti in materia di immunizzazione e vaccinazione e ferma restando la volontarietà di adesione, la vaccinazione gratuita per tutti coloro che sono a stretto contatto con le persone appartenenti ai *risk groups*.

(1-00349) (Nuova formulazione) « Gelmini, Molinari, Lollobrigida, Lupi, Mandelli, Bagnasco, Baldini, Bond, Brambilla, Gregorio Fontana, Mugnai, Novelli, Saccani Jotti, Versace, Boldi, Locatelli, Gemmato, Bellucci ».

La Camera,

premessi che:

l'influenza è una malattia respiratoria causata da virus influenzali del genere *Orthomixovirus*, che si trovano nella saliva e nel muco delle vie respiratorie e penetrano nell'organismo attraverso le mucose (bocca, occhi, naso), infettando le vie aeree (naso, gola, polmoni);

l'influenza è una malattia molto contagiosa, perché la trasmissione per via aerea da persona a persona avviene facilmente in maniera diretta, attraverso le goccioline di saliva e le secrezioni respiratorie di un soggetto infetto che tossisce o starnutisce o con un colloquio a distanza molto ravvicinata o indiretta mediante dispersione delle goccioline (*droplet*) e contatto con secrezioni su oggetti e superfici;

gli individui adulti affetti da influenza possono diffondere il virus ad altri soggetti da un giorno prima dell'inizio dei sintomi a circa cinque giorni dopo l'inizio della sintomatologia; i bambini e le persone con un sistema immunitario indebolito possono essere più contagiosi e diffondere il virus per periodi più lunghi;

l'esordio dell'influenza generalmente si manifesta con l'insorgenza improvvisa di febbre alta, tosse e dolori muscolari; altri sintomi comuni includono mal di testa, brividi, perdita di appetito, affaticamento e mal di gola, ma possono verificarsi anche nausea, vomito e diarrea, specialmente nei bambini;

la maggior parte delle persone guarisce nell'arco di una settimana o dieci giorni, ma i bambini molto piccoli, le donne in gravidanza, gli anziani e chi soffre di patologie croniche sono a maggior rischio di sviluppare complicanze più gravi che vanno dalle polmoniti batteriche, alla disidratazione, al peggioramento di malattie preesistenti (quali, ad esempio, il diabete, le malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche), alle sinusiti e alle otiti (queste ultime soprattutto nei bambini);

l'influenza è una malattia stagionale che in Italia si manifesta durante l'autunno e raggiunge generalmente il picco nei mesi invernali (prevalentemente da dicembre a marzo), per ridursi poi in primavera e in estate e, come nel resto d'Europa, si presenta con epidemie influenzali annuali associate a morbosità e mortalità elevate;

secondo i dati più aggiornati di *InfluNet* (il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza, coordinato dal Ministero della salute con la collaborazione dell'Istituto superiore di sanità), da ottobre 2019 al 26 aprile 2020, il numero di casi stimati di sindrome simil-influenzale è pari a circa 7 milioni e 595 mila casi;

l'influenza colpisce mediamente ogni anno il 9 per cento della popolazione

italiana — con un minimo del 4 per cento registrato nella stagione 2005-2006 e un massimo del 15 per cento per la stagione 2017-2018 — e presenta una curva epidemica che generalmente raggiunge il picco all'inizio del mese di febbraio, colpendo soprattutto la popolazione in età pediatrica (0-4 e 5-14 anni), con un'incidenza cumulativa che decresce all'aumentare dell'età;

in Italia, l'influenza è una delle 10 principali cause di morte; i dati di mortalità specifici per influenza che l'Istat fornisce ogni anno in Italia, stimano in circa 400 il numero di decessi direttamente imputabili all'influenza. Tuttavia, tenuto conto che il virus influenzale aggrava le condizioni già compromesse di pazienti affetti da altre patologie (per esempio, respiratorie o cardiovascolari) fino a provocarne il decesso, la stessa Istat stima in circa 8.000 il numero dei decessi, registrati ogni anno in Italia, per influenza e per le correlate complicanze;

dai dati relativi all'impatto dell'influenza in Unione europea, elaborati dal Centro europeo per il controllo delle malattie (Ecdc), si stima che in media circa 40 mila persone muoiano prematuramente ogni anno a causa dell'influenza e che il 90 per cento dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli affetti da patologie croniche (ad esempio, ipertesi, diabetici, broncopneumopatici, immunodepressi);

la spesa diretta e indiretta sostenuta a causa della patologia influenzale e delle sindromi simil-influenzali, secondo quanto emerge dal primo studio italiano presentato al 19esimo Congresso nazionale della Società italiana di pneumologia nel 2018, pesa sulle famiglie e sullo Stato quasi quanto una manovra economica; ogni anno, infatti, i costi complessivi ammontano a circa 10,7 miliardi di euro, di cui 8,6 miliardi di euro a carico delle famiglie e 2,1 miliardi a carico dello Stato: annualmente, dunque, ogni famiglia spenderebbe in media 250 euro, mentre il Servizio sanitario nazionale circa 62 euro per malato;

nel rapporto «Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020», il Ministero della salute evidenzia che «l'influenza rappresenta un serio problema di sanità pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo»; diventa, quindi, indispensabile proporre interventi di sanità pubblica che possano determinare una svolta migliorativa nella lotta all'influenza che è, di fatto, tra le poche malattie infettive che ogni uomo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza;

la vaccinazione è la forma più efficace di prevenzione dell'influenza ed è ricompresa nel calendario vaccinale nazionale tra le quelle previste nei livelli essenziali di assistenza; la vaccinazione antinfluenzale, in accordo con gli obiettivi della pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento degli obiettivi specifici del programma di immunizzazione contro l'influenza, viene offerta attivamente e gratuitamente alle persone che, per le loro condizioni personali, corrono un maggior rischio di andare incontro a complicanze nel caso contraggano l'influenza;

per la sostenibilità economica, secondo quanto previsto dal piano nazionale della prevenzione vaccinale (2017-2019), in base al principio del partenariato pubblico-privato di rilevante contenuto sociale e in piena trasparenza, si sostiene che potrebbero essere individuati meccanismi negoziali con i produttori che permettano, ad esempio, di diminuire il costo unitario del vaccino in proporzione al raggiungimento di tassi di copertura progressivamente più elevati;

secondo quanto stabilito dalla circolare «Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020», predisposta dal Ministero della salute (accordo Stato-regioni 1° agosto 2019), la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata ed offerta attivamente e gratuitamente a: soggetti che per le loro

condizioni personali nel caso contraggano l'influenza corrono un alto rischio di complicanze o ricovero correlato all'influenza (soggetti di età pari o superiore a 65 anni; soggetti dai 6 mesi ai 65 anni affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza; bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino in stato di gravidanza; individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti; familiari e contatti di soggetti ad alto rischio di complicanze); soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori (medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali; forze di polizia; vigili del fuoco; altre categorie socialmente utili nello svolgimento della loro attività lavorativa individuati dalle regioni/pubbliche amministrazioni); personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani;

in aggiunta alle predette categorie, la più recente circolare « Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021 », tenuto conto dell'emergenza COVID-19, ha previsto la possibilità che la vaccinazione antinfluenzale sia offerta gratuitamente anche nella fascia d'età 60-64 anni e che la stessa sia fortemente raccomandata nei riguardi degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza. Per tutti i soggetti della popolazione generale, non appartenenti alle citate categorie a rischio, invece, il vaccino continua a rimanere escluso dalla rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale e deve essere prescritto dal medico;

ogni regione e provincia autonoma stabilisce le strutture deputate alla vacci-

nazione, individuate prioritariamente nei servizi di vaccinazione dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali e negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

L'Organizzazione mondiale della sanità e il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 riportano, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale, il 75 per cento come obiettivo minimo perseguibile e il 95 per cento come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio, ma nella stagione 2017-2018, in analogo tendenza con le stagioni precedenti, vi hanno fatto ricorso solo il 15,3 per cento della popolazione generale e il 57,2 per cento delle persone con età superiore ai 65 anni;

L'Organizzazione mondiale della sanità – in un documento del 7 marzo 2020 – ha fornito chiarimenti sul virus dell'influenza e su COVID-19, precisando che, seppur appartenenti a tipologie differenti, essi si manifestano con sintomi a carico dell'apparato respiratorio assai simili e con una medesima modalità di trasmissione; sul tema anche il Ministero della salute ha precisato che il vaccino contro l'influenza stagionale non protegge da COVID-19 e risulta indispensabile raccomandare fortemente la vaccinazione antiinfluenzale anche per consentire la diagnosi differenziale e facilitare la distinzione tra le due malattie; inoltre, è necessario evidenziare che la percentuale ancora troppo bassa di soggetti vaccinati, rispetto a quella minima perseguibile auspicata dalle competenti autorità, determina una condizione di potenziale rischio per la tutela della salute pubblica;

dal rapporto del 4 maggio 2020 relativo all'« impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente primo trimestre 2020 », prodotto congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto superiore di sanità, dai dati riferiti a 6.866 comuni (87 per cento dei 7.904 complessivi) e relativi all'86 per cento della popolazione residente in Italia, è emerso che

dal 20 febbraio 2020, data di inizio della pandemia in atto, fino al 28 aprile 2020 sono stati segnalati al sistema di sorveglianza nazionale integrata 199.740 casi positivi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionale, di cui 113.312 fino al 31 marzo 2020 (periodo di riferimento del rapporto), dei quali: il 52,7 per cento dei casi (104.861) è di sesso femminile; l'età mediana è di 62 anni (*range* 0-100); nelle fasce di età 0-9 anni, 60-69 e 70-79 anni si osserva un numero maggiore di casi tra gli uomini rispetto alle donne; nella fascia di età >90 anni, le donne sono più del triplo degli uomini, probabilmente a causa della netta prevalenza femminile in questa fascia di età;

il vigente sistema di « sorveglianza integrata », deputato anche alla raccolta dei dati sui decessi, a partire dal 20 febbraio 2020 e fino al 31 marzo 2020 ha registrato 14.324 decessi di persone notificate come positive al COVID-19; la mortalità « diretta » attribuibile a COVID-19 in individui con diagnosi confermata, nel primo trimestre 2020, è stata di circa 13.700 decessi (dati riferiti a 6.866 comuni esaminati come emerso nel rapporto Istat del 4 maggio 2020); esiste una quota ulteriore di circa altri 11.600 decessi per la quale si possono ipotizzare tre possibili cause: un'ulteriore mortalità associata a COVID-19 (decessi in cui non è stato eseguito il tampone), una mortalità indiretta correlata a COVID-19 (decessi da disfunzioni di organi quali cuore o reni, probabili conseguenze della malattia scatenata dal virus in persone non testate, come accade per analogia con l'aumento della mortalità da cause cardiorespiratorie in corso di influenza) e una quota di mortalità indiretta non correlata al virus, ma causata dalle difficoltà del sistema ospedaliero – soprattutto nelle zone del territorio nazionale più colpite dalla pandemia – e dal timore di recarsi in ospedale per scongiurare il rischio di contagio;

soprattutto nei mesi di gennaio e febbraio 2020 – quando sono stati riscontrati i primi casi di contagio da COVID-19 – in Italia si registrava il picco dell'in-

fluenza stagionale e, pertanto, una più estesa copertura vaccinale contro l'influenza avrebbe ridotto sensibilmente il numero dei soggetti ammalati e una maggiore certezza nella diagnosi di patologia da COVID-19; su tali presupposti e per conseguire una più estesa copertura vaccinale con l'obiettivo di raggiungere il 75 per cento come traguardo minimo perseguibile, molte regioni stanno valutando l'opportunità di svolgere più corpose campagne sociali di informazione sui benefici derivanti dalla profilassi vaccinale, nell'ottica che la « fase 2 » e la « fase 3 » necessitino anche di misure per agevolare la diagnosi differenziata per ridurre la pressione sul Servizio sanitario nazionale;

la concomitante circolazione sul territorio nazionale del virus influenzale e del COVID-19, il rischio di una recrudescenza epidemiologica nel contagio da COVID-19 nel prossimo periodo autunnale e la conseguente sovrapposizione dell'epidemia influenzale alla pandemia da COVID-19 potranno determinare un forte impatto sui livelli di efficienza del Servizio sanitario nazionale, un ricorso incontrollato e inappropriato ai servizi di pronto soccorso, un sensibile aumento delle ospedalizzazioni e una congestione dei servizi sanitari territoriali, con conseguente pregiudizio per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e possibili tensioni anche di natura sociale;

al fine di contenere la diffusione del virus influenzale e di ridurre il numero dei soggetti che si ammalano, si ritiene necessario raccomandare la vaccinazione antinfluenzale attraverso un ampliamento delle categorie a rischio e delle fasce di età, come oggi indicate nel documento « Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021 » predisposto dal Ministero della salute;

da tempo anche il *board* delle società scientifiche Sip-Siti-Fimp-Fimmg sostiene un allargamento delle indicazioni alla vaccinazione, che vada oltre le tradizionali categorie a rischio e abbassi pro-

gressivamente a 50 anni l'età di offerta attiva e gratuita della vaccinazione;

un'inversione di tendenza nella percezione dell'importanza delle vaccinazioni sarebbe utile per ampliare la platea di popolazione vaccinata e sana e per ridurre complicanze, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione, ma richiede la necessità di trovare nuove modalità organizzative per l'offerta vaccinale dei prossimi anni in Italia, anche al fine di rispondere ai bisogni dei cittadini e dei territori;

come già premesso, l'Istituto superiore di sanità, con il sostegno del Ministero della salute, coordina InFluNet ovvero il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza. L'attività svolta si articola nella sorveglianza epidemiologica (che ha l'obiettivo di determinare l'inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia stagionale) e nella sorveglianza virologica (che ha come obiettivo il monitoraggio della circolazione dei diversi tipi, nonché sottotipi, di virus influenzali);

i *report* elaborati dall'Istituto superiore di sanità sulla base dei dati raccolti nell'ambito dell'attività di sorveglianza epidemiologica e virologica sono fondamentali per avere un quadro sempre aggiornato e definito delle malattie e dei virus, tali da poter costituire adeguate basi per razionali profilassi e terapie delle malattie e conseguentemente per lo studio e l'elaborazione di farmaci e vaccini;

appare evidente e ragionevole, dunque, che, proprio nel periodo in cui il Paese sta affrontando un'emergenza derivante dall'improvvisa e rilevante diffusione della COVID-19, includere la sorveglianza della malattia e del nuovo virus SARS-CoV-2 nell'ambito delle attività di sorveglianza epidemiologica e virologica di InFluNet si potrebbe rivelare determinante per acquisire nuovi dati e contribuire non solo al monitoraggio della malattia e del virus nella loro evoluzione, ma anche al loro contrasto e all'elaborazione di adeguate profilassi, terapie, farmaci e vaccini;

la strategia principale dei programmi di immunizzazione in Europa è proteggere direttamente gli individui più vulnerabili. La protezione diretta implica l'immunizzazione di persone appartenenti ai gruppi a rischio ovvero di quegli individui che hanno maggiori probabilità di sviluppare una malattia grave se sono infettati da virus influenzali;

non può tuttavia ignorarsi l'importanza di poter immunizzare anche coloro che sono a stretto contatto con le persone nei gruppi a rischio,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative per assicurare che, nel rispetto dei principi costituzionali e della libertà di scelta individuale, la copertura vaccinale sia la più alta possibile, in specie nei riguardi delle categorie per le quali essa è oggi raccomandata o, comunque, offerta gratuitamente, puntando sull'informazione, sulla chiamata attiva dei destinatari e sul coinvolgimento effettivo delle figure chiave nella campagna vaccinale e, tra queste, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti ospedalieri, dei medici competenti, dei farmacisti e delle associazioni dei malati;
- 2) ad adottare iniziative per raccomandare fortemente la vaccinazione nei riguardi degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie che operano a contatto con i pazienti, tenuto conto della co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 e dell'accentuato rischio di contrarre l'infezione al quale gli stessi sono esposti rispetto alla popolazione generale;
- 3) a prevedere che, per la stagione 2020-2021, la vaccinazione nei riguardi dei soggetti di età 60-64 anni sia raccomandata attivamente, oltre che offerta a titolo gratuito;
- 4) ad attuare, con urgenza, quanto previsto dal Piano nazionale delle vacci-

- nazioni, prevedendo la collaborazione di tutti gli operatori sanitari, delle istituzioni scolastiche, delle università e dei *mass media*, anche per favorire e promuovere la cultura vaccinale, mediante l'organizzazione con cadenza ciclica di incontri con i genitori, convegni tematici, interventi mirati da svolgersi nelle scuole e nei luoghi di lavoro, finalizzati a una più estesa informazione sulle vaccinazioni, da conseguirsi anche tramite la consegna professionalmente assistita ai cittadini di materiale informativo tramite i farmacisti;
- 5) ad investire risorse per migliorare i servizi di prevenzione sanitaria e di promozione dei programmi vaccinali;
 - 6) a promuovere l'adozione, nel rispetto dei principi costituzionali dell'autonomia delle regioni e della libertà di scelta individuale, di provvedimenti legislativi per ripristinare un livello accettabile di sicurezza sanitaria, mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali, per garantire una copertura vaccinale uniforme in tutto il territorio nazionale;
 - 7) ad adottare iniziative per destinare le risorse economiche necessarie a sostenere e potenziare la ricerca scientifica;
 - 8) a promuovere presso le regioni e le province autonome, per quanto di competenza, una disciplina omogenea circa il tempestivo approvvigionamento dei vaccini da parte dei medici, mediante appositi accordi da stipulare con le rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché ad assicurare anche ai farmacisti delle farmacie di comunità un adeguato rifornimento per garantire la più ampia copertura vaccinale della popolazione attiva che non rientra nelle fasce protette;
 - 9) a presentare al Parlamento una relazione, con cadenza annuale, sullo stato della copertura vaccinale, sui dati epidemiologici e sull'impatto sanitario ed economico della patologia influenzale;
 - 10) ad autorizzare l'Istituto superiore di sanità ad effettuare, nell'ambito delle procedure afferenti al sistema InFlu-Net e anche nelle settimane di monitoraggio non previste dal sistema stesso e fino alla fine dell'epidemia da COVID-19, la sorveglianza epidemiologica della malattia COVID-19 e virologica del virus SARS-CoV-2 nonché a individuare adeguate risorse economiche destinate alla predetta e nuova attività di sorveglianza, al fine di fornire utili elementi alla ricerca in materia che possa consentire lo sviluppo di vaccini sempre più efficaci e il loro relativo aggiornamento in base alla continua mutazione del virus sorvegliato;
 - 11) ad adottare iniziative di competenza volte a raccomandare e offrire, nell'ambito dei provvedimenti in materia di immunizzazione e vaccinazione e ferma restando la volontarietà di adesione, la vaccinazione gratuita per tutti coloro che sono a stretto contatto con le persone appartenenti ai *risk groups*.
- (1-00349) (*Nuova formulazione – Testo modificato nel corso della seduta*) « Gelmini, Molinari, Lollobrigida, Lupi, Mandelli, Bagnasco, Baldini, Bond, Brambilla, Gregorio Fontana, Mugnai, Novelli, Saccani Jotti, Versace, Boldi, Locatelli, Gemmato, Bellucci ».
- La Camera,
- premesso che:
- l'influenza è un problema di sanità pubblica con un considerevole impatto dal punto di vista epidemiologico, clinico ed economico. Ciò è riconducibile a più fattori: l'ubiquità e la contagiosità della ma-

lattia, la variabilità antigenica dei virus, l'andamento epidemico (e periodicamente pandemico) e stagionale, la possibilità di complicanze gravi in alcune categorie di soggetti (bambini con malattie croniche, anziani, persone con comorbidità e malattie croniche), i costi di gestione in caso di complicanze e i costi sociali (giorni lavorativi persi, perdita di produttività e altro);

l'influenza è una malattia respiratoria acuta causata da virus influenzali. È una malattia stagionale che, nell'emisfero occidentale, si presenta durante il periodo invernale. Il primo isolamento nell'uomo risale al 1933 in Inghilterra (ma in precedenza erano già stati isolati virus influenzali sia nei polli che nei suini). Da allora, ne sono stati identificati quattro tipi differenti, tutti appartenenti alla famiglia Orthomixoviridae: i tipi A e i B, responsabili della sintomatologia influenzale classica; il tipo C, di scarsa rilevanza clinica (generalmente asintomatico); il tipo D, la cui possibilità di infettare l'uomo non è ancora chiara. I virus dell'influenza A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi sulla base di differenze molecolari nelle due glicoproteine di superficie emoaagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA);

la frequenza con cui insorgono casi di influenza, pur essendo assai diversa da stagione a stagione, si aggira mediamente in Italia intorno al 9 per cento (*range*: 4-15 per cento) della popolazione generale, ogni anno, mentre nella fascia d'età 0-14 anni, che è quella più colpita, l'incidenza, mediamente, è pari a circa il 26 per cento (12-40 per cento);

l'influenza è contraddistinta da un repentino manifestarsi di sintomi generali e respiratori, dopo un'incubazione in genere abbastanza breve (circa 1-2 giorni) e che durano solitamente per 3-4 giorni, potendo tuttavia prolungarsi per una/due settimane: febbre, che si manifesta bruscamente, accompagnata da brividi, dolori ossei e muscolari, mal di testa, grave malessere generale, astenia, mialgia, mal di gola, raffreddore, tosse non catarrale e congiuntivite;

la vera sindrome influenzale è caratterizzata dalla febbre, da sintomi delle vie respiratorie, che sono sempre interessate, e da manifestazioni generali, a carico dell'intero organismo. In particolare, la febbre si presenta improvvisamente ed è in genere alta superiore ai 38°C, nei bambini con puntate anche fino a 39-40°C, accompagnata da tosse (di solito secca), dolori ossei e muscolari diffusi, mal di testa, grave malessere (spossatezza), mal di gola e naso che cola. La tosse può essere grave e molto fastidiosa, può durare 2 o più settimane. Possono essere presenti altri sintomi come fotofobia (eccessiva sensibilità e intolleranza alla luce) e inappetenza. Non sono comuni sintomi a carico del tratto gastrointestinale, quali nausea, vomito, diarrea, poiché di solito sono provocati da virus simil-inflenzali, ma possono presentarsi soprattutto nei bambini;

la diagnosi di influenza si basa comunemente sui sintomi clinici, ma la certezza può essere raggiunta solo con l'isolamento del virus influenzale che, però, non viene effettuato se non nell'ambito di studi scientifici;

la maggior parte delle persone guarisce entro una settimana senza richiedere particolari cure mediche e nel soggetto sano l'influenza raramente dà luogo a complicazioni. Tuttavia, in alcuni casi possono verificarsi complicanze gravi o la morte nelle persone ad alto rischio, fra cui: donne in gravidanza, bambini fra i 6 mesi e i 5 anni, anziani, pazienti con malattie croniche o sottoposti a terapie che indeboliscono il sistema immunitario, obesi gravi, personale sanitario;

la complicanza più comune è la sovrapposizione di un'infezione batterica a carico dell'apparato respiratorio (che può quindi portare a bronchite, ed aggravarsi fino a sviluppare una polmonite) e dell'orecchio (otite, sinusite, soprattutto nei bambini), ma anche complicanze a carico dell'apparato cardiovascolare (miocardite) e del sistema nervoso, oltre che l'aggravamento di malattie preesistenti. Più della metà dei casi complicati si registrano nei soggetti di età superiore ai 65 anni;

nel caso in cui si contragga durante la gravidanza, può insorgere un travaglio prematuro (prima della 37^o settimana di gravidanza), o un basso peso alla nascita del bambino. Occasionalmente può causare aborto spontaneo o parto prematuro;

vaccinarsi permette di prevenire e combattere l'influenza, sia perché aumenta notevolmente la probabilità di non contrarre la malattia sia perché, in caso di sviluppo di sintomi influenzali, questi sono molto meno gravi e, generalmente, non seguiti da ulteriori complicanze. Inoltre, la vaccinazione antinfluenzale rappresenta un'importante misura di protezione non solo per sé stessi ma anche per chi ci sta intorno, riduce la probabilità di complicanze e riduce il carico dell'assistenza sanitaria (pronto soccorso, ambulatori medici), nei periodi di maggiore affluenza;

il vaccino antinfluenzale è indicato per la protezione di tutti i soggetti che non abbiano specifiche controindicazioni alla sua somministrazione. In particolare, la vaccinazione è fortemente raccomandata ed effettuata gratuitamente dal medico curante o dal centro vaccinale della Asl in particolari condizioni quali: alle persone di età pari o superiore a 60 anni e a coloro che sono in stretto contatto con anziani, a tutte le persone a rischio di complicazioni che hanno patologie croniche, le donne al secondo e terzo trimestre di gravidanza e il personale sanitario;

il periodo più indicato per vaccinarsi va da metà ottobre a fine dicembre e l'immunità indotta dal vaccino inizia circa due settimane dopo la somministrazione e declina nell'arco di 6-8 mesi e, quindi, si potrebbe rischiare di essere solo parzialmente protetti nel periodo più rischioso (ottobre-febbraio). Per questi motivi e anche perché i virus influenzali possono variare da stagione a stagione, è necessario vaccinarsi ad ogni inizio di stagione influenzale;

secondo l'ultimo rapporto, pubblicato l'8 maggio 2020 da InFluNet, sistema di sorveglianza che si basa su una rete di medici sentinella costituita da medici di

medicina generale (Mmg) e di pediatri di libera scelta (Pls), reclutati dalle regioni, che segnalano i casi di sindrome simil influenzale (Ili) osservati tra i loro assistiti con cui è terminata per la stagione 2019-2020 la sorveglianza epidemiologica delle sindromi influenzali a cura dell'Istituto superiore di sanità (Iss), quest'anno l'influenza ha contagiato in Italia 7,6 milioni di persone in Italia;

secondo i dati forniti da FluNews-Italia i casi gravi alla 9^a settimana della sorveglianza erano 169 di cui 35 deceduti, la mortalità totale durante la 17^a settimana del 2020 (indicatore ricavato dal sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera (Sismg), basato sulla rilevazione in 19 città campione italiane che raccolgono quotidianamente il numero di decessi per gli ultra65enni per tutte le cause, non solo per influenza. Tale numero viene confrontato con quello atteso costituito dalla media dei decessi registrati nei cinque anni precedenti) quindi non solo influenzale è stata superiore al dato atteso, con una media giornaliera di 255 decessi rispetto ai 191 attesi;

secondo InFluWeb durante la 15^a settimana del 2020, circa il 66 per cento dei casi di sindrome simil-influenzale riferisce di non essere stato visitato da un medico del servizio sanitario nazionale ma di aver avuto una sindrome simil-influenzale e, secondo InFluNet-Epi nella 17^a settimana del 2020 l'incidenza totale è pari a circa il 0,42 casi per mille assistiti, mentre per InFluNet-Vir, durante l'ultima settimana di sorveglianza dell'influenza (settimana 17/2020) per la stagione 2019/2020, nessun campione è risultato positivo all'influenza. Nel complesso, dall'inizio della stagione ad oggi, i ceppi di tipo A hanno rappresentato la maggioranza (67 per cento), con prevalenza del sottotipo A(H3N2) (60 per cento dei ceppi A sottotipizzati);

Oms Europa ed Ecdc hanno evidenziato un calo delle coperture vaccinali contro l'influenza tra i gruppi ad alto rischio, in grado di compromettere la

possibilità di proteggere la popolazione durante le epidemie stagionali o un'eventuale futura pandemia;

da uno studio effettuato in 49 dei 53 Stati membri emerge che in circa la metà dei Paesi oggetto dell'analisi è vaccinato meno di un terzo degli anziani e che in quasi tutti non è stato raggiunto l'obiettivo minimo di copertura del 75 per cento (mentre per una copertura ottimale tale percentuale dovrebbe salire fino al 95 per cento) nelle categorie per cui la vaccinazione è raccomandata e, poiché la vaccinazione è la misura più efficace per prevenire le forme gravi e complicate di influenza, l'Oms Europa e l'Ecdc sollecitano azioni mirate a incrementare le coperture;

alla luce di tale situazione, ogni anno il Ministero della salute predispone una circolare contenente indicazioni per la prevenzione e il controllo dell'influenza stagionale: sorveglianza epidemiologica e virologica, prevenzione dell'influenza attraverso la vaccinazione e le misure di igiene e protezione individuale. Nella circolare sono indicate anche le categorie di persone per le quali è raccomandata e offerta gratuitamente la vaccinazione;

se si considerano le coperture vaccinali della stagione 2018/2019, aggiornate al 15 luglio 2019, si evince che la copertura rispetto alla popolazione generale è stata pari a 15,8 per cento (stabile rispetto alla stagione precedente che era 15,3 per cento) ma con una riduzione rispetto al 19,6 per cento degli anni 2009/2010, mentre se si considera la popolazione sopra i 65 anni di età la copertura sale di media al 53,1 per cento (dati 2018-2019) con punte massime oltre il 60 per cento in Basilicata, Umbria e Campania e punte minime sotto la soglia del 50 per cento in ben 4 regioni Piemonte, Lombardia, Valle d'Aosta, Sardegna più la provincia autonoma di Bolzano;

secondo uno studio della società italiana di pneumologia la spesa diretta ed indiretta a carico dello Stato e delle fa-

miglie è stimata in circa 10,7 miliardi di cui 8,6 miliardi di euro a carico delle famiglie e 2,1 miliardi allo Stato;

secondo l'accordo Stato regioni del 1° agosto 2019 «Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020» è necessario raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione *target* della vaccinazione, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età e le regioni, per assicurare che la copertura vaccinale sia più alta possibile, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che devono attivare, nei confronti delle persone idonee alla vaccinazione azioni di offerta attiva di provata efficacia. Si richiede, inoltre lo svolgimento di iniziative volte a promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili, di comunicare i benefici del vaccino tra tutti i gruppi raccomandati e di renderla accessibile il più facilmente possibile;

l'Oms – in un documento del 7 marzo 2020 «*Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 46–*» mettendo a confronto il virus dell'influenza con quello del COVID-19 fornisce chiarimenti sulle differenze tra i due virus, precisando che, seppur appartenenti a tipologie differenti, essi si manifestano con sintomi a carico dell'apparato respiratorio assai simili e con una medesima modalità di trasmissione;

lo stesso Ministero della salute ha evidenziato che nella prossima stagione influenzale 2020/2021, non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2; pertanto, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra Coronavirus e l'influenza. Vaccinando contro l'influenza, inoltre, si riducono le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso;

a tale proposito, il Ministro della salute raccomanda di «rafforzare la par-

tecipazione alla sorveglianza virologica da parte dei MMG e PLS partecipanti alla sorveglianza epidemiologica di tutte le regioni» al fine di «stimare l'impatto dell'influenza confermata e l'efficacia vaccinale sul campo dei vaccini antinfluenzali, nei soggetti di tutte le età non ospedalizzati» ed invita le regioni ad attivarsi per «lo svolgimento di iniziative volte a promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili» nonché ad avviare le gare per l'approvvigionamento dei vaccini antinfluenzali entro il mese di maggio sulla base di stime effettuate sulla reale popolazione eleggibile e non sulle coperture delle stagioni precedenti;

si stima che ogni anno in Italia vi siano mediamente 8000 decessi per influenza e le sue complicanze;

secondo il rapporto congiunto Istat e Iss – Istituto superiore di sanità – pubblicato il 4 maggio relativo all'impatto dell'epidemia da Covid-19 sulla mortalità della popolazione residente nel primo trimestre 2020 e riguardante 6.866 comuni (87 per cento dei 7.904 complessivi) i casi mortali di Covid sono stati 14.324, decessi registrati al 31 marzo in persone diagnosticate con Covid-19 e, considerando il mese di marzo, si osserva a livello medio nazionale una crescita del 49,4 per cento dei decessi per il complesso delle cause. Se si assume come riferimento il periodo che va dal primo decesso Covid-19 riportato al sistema di sorveglianza integrata (20 febbraio) fino al 31 marzo, i decessi passano da 65.592 (media periodo 2015-2019) a 90.946, nel 2020. L'eccesso dei decessi è di 25.354 unità, di questi il 54 per cento è costituito dai morti diagnosticati Covid-19 (13.710);

a causa della forte concentrazione del fenomeno in alcune aree del Paese, i dati riferiti a livello medio nazionale «appiattiscono» la dimensione dell'impatto della epidemia di Covid-19 sulla mortalità totale; il 91 per cento dell'eccesso di mortalità riscontrato a livello medio nazionale nel mese di marzo 2020 si concentra nelle

aree ad alta diffusione dell'epidemia: 3.271 comuni, 37 province del Nord più Pesaro e Urbino. Nell'insieme di queste province, i decessi per il complesso delle cause sono più che raddoppiati rispetto alla media 2015-2019 del mese di marzo. Se si considera il periodo dal 20 febbraio al 31 marzo, i decessi sono passati da 26.218 a 49.351 (+ 23,133); poco più della metà di questo aumento (52 per cento) è costituita dai morti riportati al Sistema di sorveglianza integrata Covid-19 (12.156). All'interno di questo raggruppamento le province più colpite dall'epidemia hanno pagato un prezzo altissimo in vite umane, con incrementi percentuali dei decessi nel mese di marzo 2020, rispetto al marzo 2015-2019, a tre cifre: Bergamo (568 per cento), Cremona (391 per cento), Lodi (371 per cento), Brescia (291 per cento), Piacenza (264 per cento), Parma (208 per cento), Lecco (174 per cento), Pavia (133 per cento), Mantova (122 per cento), Pesaro e Urbino (120 per cento);

confrontando i decessi, totali e Covid-19, del 2020 con i decessi per causa del mese di marzo 2017 si nota che, fin dall'inizio di marzo, nelle aree ad alta diffusione dell'epidemia, il numero di morti di Covid-19 con diagnosi confermata è superiore a quello registrato nel 2017 per altre malattie come il diabete, le demenze e la malattia di Alzheimer. A metà dello stesso mese il numero di morti Covid-19 supera i decessi causati dall'insieme delle malattie respiratorie e dei tumori; in poco più di venti giorni i decessi quotidiani riportati alla sorveglianza integrata Covid-19 arrivano a sorpassare il numero giornaliero di morti per tutte le cause del mese di marzo 2017. L'analisi di tutte le cause di morte del 2020 consentirà di valutare quanto l'eccesso di mortalità osservata nel 2020 sia attribuibile anche ai decessi di persone non sottoposte al *test* ma certificate dai medici sulla base di una diagnosi clinica di Covid-19 (che al momento non sono conteggiate nella sorveglianza) e quanto agli effetti indiretti correlati o non all'epidemia;

alla luce di questi dati diventa importante all'arrivo del prossimo autunno, quando il virus dell'influenza e quello del Covid-19 saranno entrambi presenti arrivare ad avere una copertura vaccinale contro l'influenza con percentuali più ampie rispetto a quelle attuali, specialmente tra i soggetti a rischio, non solo per proteggere le persone dal rischio di sviluppare forme gravi di influenza, riducendo così il rischio di esposizione alle complicanze del virus influenzale ma anche per facilitare la distinzione tra influenza e Covid-19, al fine di poter immediatamente individuare i possibili casi Covid per una loro rapida presa in carico ed evitare in ultima analisi un sovraccarico del sistema sanitario nazionale con un impatto benefico sulla salute di cittadini ed operatori sanitari,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative opportune mediante specifici atti di indirizzo, affinché le regioni e le province autonome, nell'ambito delle rispettive competenze, assicurino, anche attraverso una disciplina omogenea, l'approvvigionamento dei vaccini antiinfluenzali, per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e per le farmacie al fine di iniziare la campagna vaccinale in tempi utili e per assicurare la possibilità di raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale indicati all'impegno successivo;
- 2) ad intraprendere tutte le iniziative di competenza necessarie affinché sia effettivamente garantito in ogni regione italiana, attraverso l'intesa in Conferenza Stato-regioni, il possibile raggiungimento in concreto degli obiettivi di copertura vaccinale antinfluenzale indicati dall'Oms e dal piano nazionale vaccinale 2017-2019 pari al 75 per cento come obiettivo minimo perseguibile e il 95 per cento come copertura ottimale nell'ambito di ogni singola categoria a rischio;
- 3) a valorizzare l'offerta attiva tramite medici di medicina generale e pediatri di libera scelta come strumento essenziale per il raggiungimento del maggior reclutamento degli assistiti delle categorie a rischio, valorizzando il loro operato, promuovendone fortemente l'attivazione per la realizzazione degli obiettivi di copertura vaccinali indicati al precedente impegno, implementando i sistemi di sorveglianza per testare l'incidenza dell'influenza sulla popolazione;
- 4) ad assumere le iniziative necessarie a promuovere la copertura vaccinale di tutta la popolazione accolta nelle Residenze sanitarie assistite e nei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, nonché di tutto il personale di tali strutture e servizi che possa venire a contatto con la predetta popolazione, salvo i casi in cui vi sia controindicazione alla vaccinazione;
- 5) a valutare l'opportunità di adottare iniziative per estendere la gratuità della profilassi vaccinale con l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2020 in relazione alle preoccupazioni della concomitanza di una recrudescenza dell'epidemia da Covid-19 con l'epidemia influenzale;
- 6) a raccomandare fortemente alle aziende sanitarie locali e alle aziende ospedaliere ed ai servizi o strutture accreditate, convenzionate e contrattualizzate l'obiettivo del 95 per cento di copertura vaccinale della popolazione che vi opera, richiedendo ad esse la forte attivazione per la realizzazione di tale obiettivo, nonché anche coinvolgendo gli ordini professionali rispetto agli obblighi deontologici, al fine di individuare le misure necessarie per il raggiungimento di tale obiettivo;
- 7) a promuovere, nel rispetto dell'autonomia regionale, il rafforzamento degli

standard organizzativi e strutturali dei centri e dei servizi preposti alle vaccinazioni, implementandone gli organici, anche rafforzando forme di collaborazione attiva con la rete della medicina territoriale, al fine di individuare nuovi spazi e ambienti per la pratica vaccinale antinfluenzale;

- 8) tenuto conto dei rischi connessi ad un'eventuale concomitanza di una recrudescenza dell'epidemia da Covid-19 con l'epidemia influenzale, ad assumere iniziative, nell'ambito dell'attuale contesto emergenziale, finalizzate a garantire alle farmacie un'adeguata disponibilità dei vaccini antinfluenzali, ampliandone la dotazione, al fine di consentire l'aumento della copertura vaccinale antinfluenzale sulla base dell'andamento della campagna vaccinale in corso;
 - 9) ad adottare iniziative volte a sostenere la ricerca clinica, scientifica e farmacologica con adeguati processi autorizzativi e risorse finanziarie;
 - 10) ad assicurare una tempestiva e completa informazione sullo stato della copertura vaccinale, mediante pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero della salute dei dati epidemiologici, e sull'impatto sanitario ed economico della patologia influenzale, nonché a presentare al Parlamento una relazione con cadenza annuale sullo stato della copertura vaccinale e sul l'impatto sanitario ed economico della patologia influenzale.
- (1-00379) « Carnevali, De Filippo, Sportiello, Stumpo, Loreface, Campana, Pini, Rizzo Nervo, Schirò, Siani, Noja, Rostan ».

Risoluzioni

La Camera,

premessò che:

recentemente da più voci si sente affermare la necessità di vaccinazione an-

ti-influenzale obbligatoria, per discriminare la diagnosi da COVID-19;

il virus dell'influenza è diverso dal SARS-Cov-2, di conseguenza la diagnosi può essere verificata dall'effettuazione di un tampone per l'influenza stagionale;

risulta alquanto strano che medici di lungo corso ed esperienza, di punto in bianco, non sappiano diagnosticare una comune influenza stagionale;

come evidenziato nell'articolo « SARS-Cov-2 e COVID-19: le più importanti domande sulla ricerca » ad oggi non vi sono ancora evidenze scientifiche univoche sulla trasmissione del virus, sulla diffusione asintomatica e presintomatica, diagnosi, trattamento, sviluppo di un vaccino, sull'origine del virus e sulla patogenesi virale;

alcuni studi, tra cui: « Dalle risposte immunitarie anti-SARS-CoV-2 a COVID-19 tramite mimetismo molecolare » e « Condizioni autoinfiammatorie e autoimmuni all'incrocio di COVID 19 » suggeriscono che una reazione autoimmune, il mimetismo molecolare e il potenziamento dipendente dagli anticorpi (ADE) siano alla base della gravità della malattia COVID-19, portando a una tempesta di citochine;

la sindrome autoimmune/infiammatoria è legata a reazioni di *cross*-reattività con proteine umane dell'epitelio alveolare e vascolare. Per questo tipo di sindrome sono già in uso nella pratica clinica cure di prima linea, più o meno efficaci e tossiche;

dalla data di insorgenza del primo caso di COVID-19 in Cina, sono stati pubblicati diversi articoli su cure possibili e terapie preventive anche non farmacologiche, come la somministrazione di Vitamina C, D e di Melatonina, La Vitamina C è ampiamente nota per le sue proprietà antiossidanti, tanto che il governo di Shanghai raccomanda ufficialmente la vi-

tamina C per COVID-19 per via endovenosa così come fa l'ospedale dell'Università di Xi'an Jiaotong;

con la sperimentazione n. NCT04264533 negli Stati Uniti viene somministrata in aggiunta a medicinali come l'idrossiclorochina;

a maggio alcuni ricercatori suggerivano che anche la vitamina C dovesse essere inclusa come possibile trattamento per i benefici effetti sul sistema immunitario;

a giugno lo studio: « Quercetina e vitamina C: una terapia sperimentale e sinergica per la prevenzione e il trattamento della malattia correlata alla SARS-CoV-2 (COVID-19) » sottolinea come la co-somministrazione di acido ascorbico e quercetina, un noto flavonoide dalle proprietà antivirali; eserciti un'azione antivirale sinergica grazie alla sovrapposizione di proprietà antivirali e immunomodulanti e alla capacità dell'ascorbato di riciclare la quercetina, aumentandone l'efficacia;

la Vitamina D è stata oggetto di uno studio scientifico del 25 marzo 2020, dal titolo: « Possibile ruolo preventivo e terapeutico della vitamina D nella gestione della pandemia da COVID-19 » di Giancarlo Isaia ed Enzo Medico dell'Università degli Studi di Torino. Esso afferma che « il raggiungimento di adeguati livelli plasmatici di Vitamina D sia necessario anzitutto per prevenire le numerose patologie croniche che possono ridurre l'aspettativa di vita nelle persone anziane, ma anche per determinare una maggiore resistenza all'infezione COVID-19 che, sebbene con minore evidenza scientifica, può essere considerata verosimile. Tale compenso può essere raggiunto anzitutto con l'adeguata esposizione alla luce solare, poi alimentandosi con cibi ricchi in Vitamina D, e in ultimo con l'assunzione di specifici preparati farmaceutici, sempre sotto controllo medico »;

ad aprile l'articolo scientifico: « Prova che l'integrazione di vitamina D potrebbe ridurre il rischio di infezione e

decesso da influenza e da COVID-19 » sosteneva come l'integrazione di vitamina D potrebbe essere una misura utile per ridurre il rischio, abbassando i tassi di replicazione virale e riducendo le concentrazioni di citochine pro-infiammatorie che provocano l'infiammazione che danneggia il rivestimento dei polmoni, portando alla polmonite, nonché aumentando le concentrazioni di citochine anti-infiammatorie. Per ridurre il rischio di infezione, raccomandava alle persone a rischio di influenza e/o COVID-19 di prendere in considerazione l'assunzione di 10.000 UI/giorno di vitamina D;

si segnala inoltre che, con la nota del 1° Reggimento Carabinieri Paracadutisti – Toscana del 18 marzo 2020, si suggerisce l'assunzione per via orale di vitamine C e D, per « stimolare l'azione immunitaria naturale » e per « mitigare il processo infiammatorio alla base della malattia »;

la Melatonina, come conferma lo studio « COVID-19: Melatonina come potenziale trattamento adiuvante » è una molecola antinfiammatoria e antiossidativa, protettiva nei confronti di lesioni polmonari acute e dalla sindrome da *distress* respiratorio acuto (ALI/ARDS) causate da agenti patogeni virali e di altro tipo, utile per migliorare risultati clinici in pazienti COVID-19;

ad aprile lo studio: « La melatonina può ridurre la gravità della pandemia di COVID-19 » sostiene che la melatonina è il miglior antiossidante naturale, che si perde con l'età, e che la morte cellulare causata da coronavirus, che può provocare un danno polmonare significativo, è inibita dalla melatonina; la melatonina inoltre, migliora le abitudini del sonno, riduce l'ansia e stimola l'immunità. La fibrosi può essere la complicazione più pericolosa dopo COVID-19: la melatonina è nota per prevenire la fibrosi; la ventilazione meccanica può essere necessaria ma comporta rischi a causa dello stress ossidativo, che può essere ridotto dalla melatonina. Pertanto lo studio conclude che, utilizzando la

melatonina da banco, possiamo prevenire o ridurre lo sviluppo di gravi sintomi nei pazienti con coronavirus;

a maggio lo studio: « Melatonina: ruoli nell'influenza, Covid-19 e altre infezioni virali », concludeva dicendo che la melatonina è attivamente inibita dalla maggior parte dei virus, indicando la sua importanza nella regolazione delle infezioni virali;

nello studio: « Polmoni come bersaglio dell'infezione COVID-19: meccanismi molecolari comuni protettivi di vitamina D e melatonina come nuovo potenziale trattamento sinergico » si fornisce un quadro riassuntivo sull'integrazione di vitamina D con melatonina, un interessante alternativa sinergica per la prevenzione e il trattamento dell'infezione polmonare da COVID-19. Entrambi i composti naturali sono altamente sicuri per l'uso clinico;

anche l'omeopatia ha un ruolo preventivo rispetto al virus COVID-19. A Cuba hanno utilizzato il farmaco omeopatico PrevengHo-vir composto: Anatra barbary 200K; Baptisia tinctoria 200K; Bacillinum 30CH; Pyrogenium 200K; Perfoliatum 200K; Influenzinum 200K; Baryum 200K²². Il dottor Francisco Duràn, direttore nazionale di Epidemiologia presso il Ministero della sanità pubblica cubana, ha dichiarato che le « gocce sublinguali » del composto PrevengHo-Vir « prevengono diverse malattie come l'influenza, il raffreddore, la dengue e l'emergere di infezioni virali come questa »;

il CECMED, l'autorità cubana per la regolamentazione del farmaco, ha approvato il prodotto, tenendo conto « della situazione epidemiologica a livello nazionale e internazionale causata da COVID-19 » e l'OMS ne ha approvato lo Studio sperimentale post-registrazione (n. RPCEC00000312), che si concluderà il 31 dicembre 2020;

la plasmaferesi, ovvero l'utilizzo di plasma iperimmune, contenente anticorpi contro il SARS-COV-2 provenienti dai guariti al COVID-19, risulta sin dall'inizio

pratica consolidata dalla recente ricerca scientifica, in assenza di alternative farmacologiche, tanto che dal 18 febbraio 2020 in Cina questa terapia d'emergenza viene utilizzata per trattare i malati, mentre in Italia il dibattito è acceso, tanto che il dottor Giuseppe De Donno, in data 14 maggio 2020, è stato audito al Senato in qualità di direttore Pneumologia e dell'Unità di Terapia intensiva respiratoria dell'ospedale Carlo Poma di Mantova;

dal 1° maggio 2020, negli Stati Uniti la FDA ha avviato una campagna di raccolta, da donatori guariti, di plasma iperimmune e la Fondazione Bill e Melinda Gates ha assunto un ruolo consultivo nella creazione della « Covig-19 Plasma Alliance ». La Takeda Pharmaceutical (società membro dell'alleanza e già finanziata dalla Fondazione Bill e Melinda Gates nel 2016), già dall'8 marzo 2020 annunciava l'avvio del proprio progetto di sviluppo di una globulina iperimmune policlonale per contrastare il virus SARS-CoV-2 (H-IG) per sviluppare un farmaco basato sul sangue dei pazienti che si sono infettati e che poi sono guariti;

da un punto di vista farmacologico, in Italia, come nel resto del mondo, sono allo studio numerose terapie farmacologiche: Eparine a basso peso molecolare, Azitromicina, Darunavir/cobicistat, Idrossiclorochina, Lopinavir/ritonavir e molti altri farmaci sono in corso di sperimentazione autorizzata da AIFA, ma la maggior parte dei rappresentanti delle istituzioni sanitarie dello stato sono più propensi alla messa in circolazione del vaccino nel più breve tempo possibile;

per l'immissione in commercio di un farmaco vaccinale ordinario possono essere necessari anche dieci anni, come ricorda l'Istituto Superiore di Sanità, Dopo aver verificato che tutti i risultati degli studi rispettino gli standard richiesti, nelle 3 fasi di *test*, l'ultima fase di *post-marketing* prevede il monitoraggio di sicurezza e degli effetti secondari del vaccino negli anni e su tutta la popolazione;

i vaccini sperimentali proposti contro il SARS-CoV-2 hanno ottenuto l'au-

torizzazione da parte delle agenzie regolatorie – FDA, EMA e nazionali – a procedere con la sperimentazione clinica di Fase 1 (cioè su un campione limitato di volontari sani) secondo la procedura *fast-track*, svolgendo contemporaneamente anche la Fase 2 e 3, che hanno scadenze più lunghe. Ne consegue che chiunque riceverà una dose di vaccino dopo l'autorizzazione alla commercializzazione, in attesa della conclusione della sperimentazione, fornirà i dati di fase 2 e 3 che dovrebbero essere a totale carico del produttore, senza però avere le tutele a favore dei volontari sani remunerati e arruolati per la sperimentazione clinica di fase 1;

la « Dichiarazione di Helsinki » stabilisce che la partecipazione di soggetti in grado di dare il consenso informato come soggetti alla ricerca medica deve essere volontaria, nessun individuo in grado di dare il consenso informato può essere iscritto a uno studio di ricerca a meno che non sia d'accordo liberamente;

la somministrazione di un vaccino sperimentale è fortemente dubbia da un punto di vista di legittimità costituzionale nel bilanciamento tra gli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, da un lato, e gli articoli 33 e 41 della Costituzione, dall'altro lato, la tutela della persona nella sua libertà di scelta e nel diritto alta salute come principio fondamentale dell'ordinamento rispetto a quella del principio di libertà di ricerca scientifica e della libertà d'impresa, come evidenziato nella interrogazione Cunial n. 4-05185;

sul sito ufficiale dell'OMS sono riportati ben 35 vaccini candidati nella valutazione clinica e 145 vaccini candidati nella valutazione preclinica. Di questi i più conosciuti sono: ChAdOx1-nCov19 (University of Oxford/AstraZeneca), Ad5-nCov (CanSino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology), Gam-COVID-Vac alias SputnikV, (Gamaleya Research Institute) e l'mRNA-1273 (Moderna/NIAID). Tutti e 4 i vaccini principali sono a terapia genica e/o OGM, per i quali il Parlamento Europeo, il 15 luglio 2020, ha dovuto ema-

nare un regolamento per la sperimentazione e la commercializzazione: il numero 1043/2020, consentendo ai produttori di bypassare le valutazioni del rischio ambientale;

il vettore virale ChAdOx1, in particolare, è già stato registrato a livello europeo come OGM;

in Italia la legge n. 210 del 1992 a tutela dei danneggiati da vaccino, in realtà è posta a tutela delle aziende farmaceutiche in quanto pone la responsabilità dell'indennizzo a carico dell'amministrazione dello Stato; la legge prevede una valutazione tecnico-scientifica di nesso di causalità, che raramente riesce a trovare dimostrazione scientifica a causa della carente evidenza a disposizione, inoltre la presenza di AIFA litisconsorte in ogni causa, sbilancia le parti nel processo di riconoscimento;

l'impianto normativo è stato più volte criticato dalle più importanti associazioni di difesa dei danneggiati da vaccino come, Corvelva, Comilva e Condav, anche nelle sedi istituzionali;

la Corte di giustizia europea, con sentenza del 27 giugno 2017, ha chiarito che l'articolo 4 della direttiva 85/374/CEE del Consiglio, del 25 luglio 1985, ha stabilito « che [...] il giudice di merito, chiamato a pronunciarsi su un'azione diretta ad accertare la responsabilità del produttore di un vaccino per danno derivante da un asserito difetto di quest'ultimo, può ritenere, nell'esercizio del libero apprezzamento conferitogli al riguardo, che, nonostante la constatazione che la ricerca medica non stabilisce né esclude l'esistenza di un nesso tra la somministrazione del vaccino e l'insorgenza della malattia da cui è affetto il danneggiato [...] quando la ricerca medica non stabilisce né esclude l'esistenza di un nesso tra la somministrazione del vaccino e l'insorgenza della malattia da cui è affetto il danneggiato, la sussistenza di un nesso di causalità tra il difetto attribuito al vaccino e il danno subito dal danneggiato deve sempre essere

considerata dimostrata in presenza di taluni indizi fattuali predeterminati di causalità »;

il 13 giugno 2020, il Ministro Speranza insieme ai Ministri della Salute di Germania, Francia e Olanda, ha sottoscritto un contratto con Astrazeneca per l'approvvigionamento fino a 400 milioni di dosi di vaccino « da destinare a tutta la popolazione europea. A finanziare parte del lavoro della britannica AstraZeneca, sarà l'Autorità statunitense per la ricerca biomedica avanzata (BarDA) che ha garantito alla multinazionale biofarmaceutica un finanziamento di oltre 1 miliardo di dollari »;

attualmente il vaccino di Astrazeneca ha in corso due test di Fase 1-2, uno in Africa che terminerà il 30 settembre 2021 e uno che terminerà nel maggio 2021, un test di Fase 2 iniziato a maggio 2020 ma senza data di fine e due test di Fase 3, uno con scadenza il 31 ottobre 2020 e il secondo il 2 dicembre 2020, quest'ultimo direttamente promosso e sponsorizzato dall'azienda;

il 1° settembre 2020, Astrazeneca ha sottoscritto un accordo da 50 milioni di dollari con la Oxford Biomedica per la produzione del vaccino entro la fine del 2021, per un periodo di 18 mesi, estendibile fino al 2023 ma l'8 settembre 2020 Astrazeneca ha sospeso, per alcuni giorni, le sperimentazioni di Fase 3 per motivi di sicurezza a causa del fatto che un partecipante nel Regno Unito ha riscontrato come reazione avversa la mielite trasversa. La mielite acuta trasversa ha tra le sue cause le malattie infiammatorie autoimmuni ed è segnalata come malattia neurologica secondaria nei pazienti con diagnosi di SARS-CoV2;

vi sono criticità evidenti circa l'efficacia di un qualsiasi vaccino autorizzato con procedure d'urgenza senza le necessarie evidenze scientifiche a supporto. La critica di maggior rilievo riguarda la velocità di mutazione del SARS-COV-2, che ha già generato nuovi mutanti in circola-

zione, che competono nel corso dell'epidemia e si modificano già nell'organismo del contagiato;

l'immunità di gregge vaccinale, ancor di più in questo caso, sarà un mero parametro teorico senza alcun riscontro reale, perché all'aumentare della copertura vaccinale aumenta più rapidamente la spinta selettiva delle popolazioni mutanti verso forme più resistenti ai vaccini stessi, come accade per l'influenza, rendendo inutile la vaccinazione e, aumentando la selezione di mutanti addirittura più patogenici;

in alternativa alla procedura *fast-track*, vi è la possibilità di registrazione prevista dall'EMA, attraverso la modificazione del vaccino per l'influenza, in cui si introduce all'interno di questo vaccino multivalente anche il nuovo antigene vaccinale pandemico, consentendo di autorizzare, in 70-210 giorni, un vaccino antinfluenzale più rapidamente dei 18-24 mesi normalmente richiesti per l'autorizzazione di un medicinale nell'Unione europea;

la Fondazione Veronesi, il 28 febbraio 2020, scriveva che in Italia è circolato il virus A-H3N2, più aggressivo per gli anziani, nelle stagioni dal 2013 al 2017. Se si prendono i dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito alla efficacia del vaccino anti-influenzale, ceppo A-H3N2, la stima dell'EV è risultata pari a -72,3 per cento (IC 95 per cento: -195,5 - -0,5);

il 26 aprile 2020 il Ministero della salute ha invitato le Regioni ad avviare gare per vaccino antinfluenzale entro maggio e ad acquistarne maggiori quantità, annunciando anche una bozza di circolare in tal senso il 22 maggio 2020 ha annunciato una circolare per estendere un obbligo o una raccomandazione anche ai bambini;

la FIMP e la SIP, due delle più grandi organizzazioni di pediatri, con legami finanziari con alcune delle case farmaceutiche produttrici di vaccini (GSK, MSD, Sanofi), hanno chiesto la vaccina-

zione anti-influenzale per la fascia pediatrica, per consentire l'ingresso a scuola a settembre;

secondo lo studio cinese «cambiamenti nei modelli di contatto modellano la dinamica dell'epidemia COVID-19 in Cina, usato dal Governo svedese per le sue politiche di apertura delle scuole, i bambini di età compresa tra 0 e 14 anni sono meno sensibili all'infezione da SARS-CoV-2 rispetto agli adulti»;

la Sanofi ha avuto l'autorizzazione AAM/A.I.C. n. 46 del 12 maggio 2020 per Efluelda, il suo nuovo vaccino europeo anti-influenzale per la stagione 2020 identico a FLUZONE approvato in Canada e negli Stati Uniti per la stagione 2018/2019. Questo vaccino, oltre che avere un ceppo anti-influenzale ormai superato, tra gli effetti indesiderati ha la Dispnea sintomo caratterizzante COVID-19;

esiste uno studio scientifico elaborato dal Ministero della difesa americano che afferma come la vaccinazione anti-influenzale aumenti del 36 per cento l'incidenza di co-infezione proprio da coronavirus umano, a causa di un fenomeno definito di interferenza virale da vaccino, mentre l'influenza contratta in maniera naturale tende ad avere un effetto protettivo verso i virus parainfluenzali;

se si analizzano i dati pubblicati sul sito del Ministero della salute riguardo alle coperture vaccinali e ai dati suddivisi per regione della popolazione residente, si scopre una correlazione statisticamente significativa con $R^2=0,905$ tra il numero assoluto di vaccinati over 65 e il numero di morti per Covid-19, così come evidenziato al Governo con l'interrogazione Cunnial n. 4-05215;

nel documento «Mortalità per covid19 in Spagna e campagna per l'influenza» viene dimostrato come anche in Spagna vi sia una relazione statisticamente significativa tra la vaccinazione contro l'influenza stagionale e la mortalità attribuita a COVID-19;

l'associazione Isde-Medici per l'Ambiente chiede una immediata moratoria riguardo all'estensione generalizzate della vaccinazione influenzale sollecitata dal Ministero della Salute e agli obblighi introdotti da alcune Regioni. Per l'associazione «Una vaccinazione antinfluenzale generalizzata non è basata su prove scientifiche adeguate e l'obbligo, già anticipato in alcune regioni, appare improprio dal punto di vista scientifico, giuridico ed etico»;

la pandemia da SARS-COV-2 potrebbe essere l'occasione per integrare l'approccio metodologico dominante nella cultura medica, basato sulla «Teoria dei Germi» che vede gli esseri umani costruire una vasta industria farmaceutica con lo scopo primario di avvelenare la forma di vita «più bassa» presente sul pianeta – i germi – dando la precedenza alle sostanze chimiche invece che all'alimentazione, con un nuovo approccio della medicina potrebbe essere basato sulla cosiddetta «Teoria del Terreno» la quale afferma che il punto cruciale è che i microbi cambiano in relazione all'ambiente in cui vivono;

l'OMS, all'evento «*Malnutrition and Infection – a deadly combination, World Health, WHO, Geneva, February-March 1974*» sosteneva che «una dieta adeguata è il vaccino più efficace contro la maggior parte delle malattie infettive diarroiche, respiratorie o di altro tipo» e che una nutrizione non appropriata determina la forza del virus;

la teoria del terreno, si basa sul pleomorfismo, ovvero la proprietà di alcuni microrganismi di modificare la propria morfologia: se cambia il terreno, cambiano anche sintomi e malattia;

esiste ormai una corposa letteratura che conferma l'esistenza di un microbiota e del viroma, ovvero la presenza stabile di diversi virus nel nostro organismo. Il viroma interagisce con il microbiota ed il genoma umano e tutti si relazionano tra di loro, portando vantaggi e svantaggi alla salute dell'ospite;

studi recenti evidenziano la funzione essenziale dei virus batterici, detti fagi, per le funzioni vitali dei batteri stessi, in quanto sono responsabili della notevole capacità di adattamento dei batteri ai cambiamenti ambientali e di conseguenza sono responsabili anche del grave fenomeno dell'antibiotico resistenza;

scoperte recenti mostrano che circa l'8 per cento del DNA umano è caratterizzato dalla presenza di genoma retrovirale ancestrale, sequenze di natura retrovirale che si sono integrate nel nostro organismo durante i processi evolutivi delle cellule eucariote. Esse sono presenti nella maggior parte delle specie animali (per esempio costituiscono circa il 18 per cento del genoma bovino) e si ipotizza derivino da retrovirus esogeni ad oggi estinti, infettivi, che mediante processi naturali, hanno integrato il loro RNA nel DNA dell'ospite;

con il suo approccio olistico, la Medicina tradizionale Cinese (MTC) affronta le malattie e le disfunzioni fisiche correlandole agli aspetti psichici e spirituali della persona che ne soffre, coerentemente con la Teoria del Terreno;

la Cina ha confermato che «l'osservazione clinica ha mostrato che la medicina tradizionale cinese si è dimostrata efficace nel trattamento di oltre il 90 per cento di tutti i casi confermati di COVID-19», come riportato dall'agenzia ANSA il 23 marzo 2020; infatti, già a fine febbraio 2020, con la lettera dell'ufficio sanitario statale cinese n. 145/20201, si comunicava alle istituzioni mediche competenti di integrare attivamente la medicina tradizionale cinese nel trattamento medico per il COVID-19;

nello studio scientifico «*Screening in silico di erbe medicinali cinesi con il potenziale di inibire direttamente il nuovo coronavirus 2019*» vengono analizzate 125 erbe tradizionali cinesi, individuando ben 13 principi attivi con una potenziale attività anti-2019-nCoV. Nelle conclusioni dello studio si legge che «I trattamenti a base di erbe cinesi usati classicamente per

il trattamento delle infezioni respiratorie virali potrebbero contenere composti diretti anti-2019-nCoV»;

anche nello studio scientifico «*Medicina tradizionale cinese nel trattamento dei pazienti infetti da 2019-New Coronavirus (SARS-CoV-2): una recensione e una prospettiva*» si fa una disamina molto dettagliata di tutte di una serie di composti e si conclude affermando che la «TCM ha accumulato esperienze millenarie nel trattamento di malattie pandemiche ed endemiche. Fornire trattamenti complementari e alternativi è ancora urgentemente necessario per la gestione dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2, vale sicuramente la pena imparare le esperienze in MTC»;

l'uso dei tamponi qRT-PCR in uso per la rilevazione della presenza del SARS-COV-2 è stato oggetto di critica nella comunità scientifica, come evidenziato con l'interrogazione dell'onorevole Cunial n. 4-05154;

il 23 agosto 2020 Roberto Rigoli, primario del reparto di Microbiologia a Treviso dichiara che: «abbiamo dovuto amplificare molto il "segnale" per trovare i virus; e probabilmente non erano infettivi»;

il 25 agosto 2020 in Svezia, a circa 3.700 persone è stato diagnosticato per errore il coronavirus a causa di un guasto in un *kit* di *test* COVID-19 proveniente dalla Cina. L'azienda è la BGI Group cinese, che dal 20 aprile 2020 ha triplicato la capacità di produzione giornaliera per soddisfare gli ordini provenienti anche dall'Italia;

il 3 settembre 2020, Beda M Stadler, Former Director dell'Istituto di Immunologia dell'Università di Berna, dichiara che: «La PCR non permette di sapere se il virus è ancora vivo e se la persona è contagiosa»;

il 7 settembre 2020 lo studio dal titolo: «Nota cautelativa sulla contaminazione dei reagenti utilizzati per il rilevamento molecolare di SARS-CoV-2»

prende in esame come la contaminazione è la principale fonte di falsi positivi durante l'esecuzione di qualsiasi *test* PCR;

il Ministero della salute, sul suo sito *internet*, inoltre, afferma come anche il *test* della rilevazione degli anticorpi potrebbe portare ad errori in quanto « pur essendo risultato negativo ai *test* sierologico, risulti contagioso. Inoltre, per ragioni di passibile cross-reattività con altri patogeni simili (come altri coronavirus della stessa famiglia), il rilevamento degli anticorpi potrebbe non essere specifico per SARS-CoV-2; quindi persone che in realtà hanno avuto altri tipi di infezioni e non COVID-19 potrebbero risultare positive alla ricerca degli anticorpi per SARS-CoV-2 »;

è da considerare anche che l'aumento di morti concomitanti a questa situazione di pandemia potrebbe essere dovuto alla crescita dei casi di demenza, diabete, cancro, malattie croniche delle basse vie respiratorie, polmonite e inquinamento da polveri sottili e/o da altri fattori di rischio, come denunciato dalle interrogazioni Cunial n. 4-05058 e 4-05145;

se si osserva l'andamento della mortalità giornaliera generale del periodo ottobre 2019-aprile 2020, pubblicato dal Ministero della salute il 22-28 aprile 2020 nel rapporto settimanale del sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera, l'andamento risulta analogo alla mortalità del medesimo periodo a cavallo tra il 2016 e il 2017;

inoltre l'andamento generale risulta in linea con quello dei decenni precedenti, come dimostra uno studio del *National Institute of Health* (USA) sull'andamento della mortalità in tutto il territorio italiano dal 1969 al 2002. Il picco di mortalità è sempre collocato nei primi mesi dell'anno ed è molto variabile: negli anni più miti il picco raggiunge i 50.000 morti al mese, in altri anni il picco supera i 70.000 morti al mese. Una variabilità entro cui 112.000 morti al mese attribuiti a COVID-19 possono essere abbondantemente compresi;

con lo studio « Primo caso di malattia lieve da Nuovo Coronavirus 2019 non ricoverato (COVID-19) senza trasmissione virale negli Stati Uniti – Contea di Maricopa, Arizona, 2020 » si dimostra che pazienti asintomatici o lievemente malati avrebbero meno probabilità di trasmettere il virus;

nello studio « Uno studio sull'infettività dei portatori di SARS-CoV-2 asintomatici » è emerso che « l'infettività di alcuni portatori asintomatici di SARS-CoV-2 potrebbe essere debole »;

ad oggi non ci sono più casi numericamente rilevanti di morti, tanto che la comunicazione punta sul numero dei contagi, comunque, nonostante la quantità di tamponi effettuati, inferiori al periodo di marzo/aprile. Secondo il sito GEDI VISUAL, aggiornato al 29 agosto 2020 alle ore 17.20 con i dati del Ministero della salute, il rapporto nuovi contagi/casi testati è di 2,25 per cento, ovvero 1 positivo ogni 45 tamponi, di gran lunga inferiore rispetto al dato di fine aprile che era di 9,71 per cento, ovvero 1 positivo ogni 10 tamponi,

impegna il Governo:

- 1) a non imporre alcun ulteriore obbligo vaccinale, compresa la vaccinazione anti-influenzale, abbandonando la narrazione comunicativa governativa basata sull'emergenza pandemica da SARS-COV-2, adoperandosi, per quanto di competenza, affinché le regioni non impongano ulteriori obblighi vaccinali;
- 2) a non farsi carico di costi legati a vaccini non funzionanti forniti in ottemperanza ad accordi presi con Gavi e il fondo Iffim, annullando tali accordi anche se prossimi alla scadenza;
- 3) a non garantire scudo legale alle aziende farmaceutiche produttrici dei vaccini Covid-19, tra cui anche AstraZeneca, per eventuali danni da vaccino, facendosi invece promotore di iniziative legali nei confronti delle

stesse a fianco del cittadino danneggiato, garantendo la disponibilità della struttura e le risorse dell'Avvocatura dello Stato al cittadino, per ottenere giusti risarcimenti;

- 4) a non rendere, in alcun modo, disponibili a soggetti privati, enti privati di ricerca o aziende farmaceutiche, il plasma raccolto da donatori guariti, mediante l'eventuale creazione di banche del plasma, al di fuori dell'utilizzo per la plasmateresi da paziente convalescente, escludendo la possibilità della produzione di un farmaco per la prevenzione mediante immunoglobuline monoclonali o policlonali;
- 5) a promuovere politiche di prevenzione, quali quelle di carattere non vaccinale, basate sull'utilizzo di terapie non farmacologiche citate in premessa, per affrontare la sindrome autoimmune/infiammatoria denominata COVID-19, e lasciare la libertà di scelta terapeutica al cittadino, nell'ambito della sfera dei suoi diritti costituzionalmente garantiti, di cui all'articolo 32 della Costituzione e non derogati in alcun modo nemmeno a fronte di una pandemia dichiarata da un istituto internazionale privato, in tema di prevenzione e quindi di salute intesa come benessere e non solo come cura della malattia;
- 6) a promuovere nella politica sanitaria nazionale un approccio medico basato sulla « teoria del terreno » e non unicamente sulla « teoria dei germi », al fine di ampliare ed integrare meglio alternative mediche presenti nella società italiana e internazionale, anche al fine di promuovere azioni verso un cambio di paradigma da sanità intesa come cura della malattia e del malato, alla salute intesa come rimedio alle cause scatenanti la malattia stessa, favorendo la ricerca e riconoscendo approcci medici anche non allopatrici.

(6-00127)

« Cunial ».

La Camera,

premesso che:

un clima di terrore e incertezza inquina i nostri giorni e indebolisce la democrazia. Da troppi mesi il Governo, ad avviso del firmatario del presente atto, sta umiliando i cittadini, rendendoli colpevoli e insicuri, oltraggiando i loro diritti, danneggiando pesantemente l'economia del nostro Paese, con scelte avventate e superficiali. Scienziati liberi e illuminati, rei di aver raccontato una verità diversa da quella proposta dai *media*, sono osteggiati e screditati e i risultati dei loro studi, essenziali per tracciare il corso reale della pandemia – mentre si fa opprimente l'assenza di certezze scientifiche sulla trasmissione del virus, sulle diagnosi, sullo sviluppo di un vaccino – sono ignorati e i loro contributi rifiutati, a vantaggio di un manipolo di esperti, in odor di conflitto di interessi;

non è più possibile tollerare tutto questo. Non è più concepibile, in ossequio alla dignità storica e politica di questo Paese, rimandare una ferrea reazione alle azioni di quello che ad avviso del firmatario del presente atto rappresenta un regime di cartapesta e miseria umana, che vuole ridurre gli italiani a delle cavie, introducendo l'obbligo del vaccino antinfluenzale e realizzando una capillare campagna di propaganda pro-vaccinale;

per contrastare quello che appare l'ennesimo provvedimento scellerato e coercitivo, giustificato da dati statistici a dir poco opinabili che tiene conto di un numero di decessi annui in linea con quelli passati e che si fonda su motivazioni ridicole, sia dal profilo scientifico che logico, il firmatario del presente atto ha deciso di presentare una risoluzione da abbinare alla mozione Gelmini. Un atto utile a recuperare lucidità, che abbia la forza di sgretolare l'ormai insopportabile propaganda governativa, ridotta alla narrazione del reale,

impegna il Governo:

- 1) a non imporre alcun ulteriore obbligo vaccinale, compresa la vaccinazione

- anti-influenzale, adoperandosi, per quanto di competenza, affinché le regioni non impongano ulteriori obblighi vaccinali;
- 2) a promuovere politiche di prevenzione, quali quelle di carattere non vaccinale, basate sull'utilizzo di terapie non farmacologiche citate in premessa, per affrontare la sindrome autoimmune/infiammatoria denominata Covid-19, e lasciare la libertà di scelta terapeutica al cittadino, nell'ambito della sfera dei suoi diritti costituzionalmente garantiti, di cui all'articolo 32 della Costituzione e non derogati in alcun modo nemmeno a fronte di una pandemia dichiarata da un istituto internazionale privato, in tema di prevenzione e quindi di salute intesa come benessere e non solo come cura della malattia;
 - 3) a non farsi carico di costi legati a vaccini non funzionanti forniti in seguito ad accordi stretti con Gavi e il fondo Iffim, annullando tali accordi anche se prossimi alla scadenza;
 - 4) a cambiare modo e visione, promuovendo, nella futura politica sanitaria nazionale, un approccio medico basato sulla « teoria del terreno » e non unicamente sulla « teoria dei germi », al fine di ampliare ed integrare meglio alternative mediche presenti nella società italiana e internazionale, anche al fine di promuovere azioni verso un cambio di paradigma, da sanità intesa come cura della malattia e del malato, alla salute intesa come rimedio alle cause scatenanti la malattia stessa, favorendo la ricerca e riconoscendo approcci medici anche non allopatrici;
 - 5) ad adottare iniziative per limitare il potere invasivo ed eccessivo delle aziende farmaceutiche, nella fattispecie di quelle produttrici di vaccini per il Covid-19, richiamandole alle proprie responsabilità, nel rispetto dei cittadini, negando alle stesse ogni scudo legale — Astrazeneca compresa — per eventuali danni prodotti dal vaccino, facendosi invece promotore di cause legali nei confronti delle stesse a fianco del cittadino danneggiato, affinché ad esso sia garantita la disponibilità e le risorse dell'Avvocatura di Stato, utili a ottenere il giusto risarcimento;
 - 6) a non rendere, in alcun modo, disponibile a soggetti privati, enti privati di ricerca o aziende farmaceutiche, il plasma raccolto da donatori guariti.
- (6-00128) « Sgarbi ».

PROPOSTA DI LEGGE: S. 257-702 – D'INIZIATIVA DEI SENATORI: MARCUCCI ED ALTRI; MONTEVECCHI ED ALTRI: RATIFICA ED ESECUZIONE DELLA CONVENZIONE QUADRO DEL CONSIGLIO D'EUROPA SUL VALORE DEL PATRIMONIO CULTURALE PER LA SOCIETÀ, FATTA A FARO IL 27 OTTOBRE 2005 (APPROVATA, IN UN TESTO UNIFICATO, DAL SENATO) (A.C. 2165) E ABBINATE PROPOSTE DI LEGGE: ASCANI ED ALTRI; QUARTAPELLE PROCOPIO (A.C. 476-1099)

A.C. 2165 – Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE
SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea.

NULLA OSTA

A.C. 2165 – Articolo 1

ARTICOLO 1 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 1.

(Autorizzazione alla ratifica)

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare la Convenzione quadro del Consiglio d'Europa sul valore del patrimonio culturale per la società, fatta a Faro il 27 ottobre 2005.

A.C. 2165 – Articolo 2

ARTICOLO 2 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 2.

(Ordine di esecuzione)

1. Piena ed intera esecuzione è data alla Convenzione di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 18 della Convenzione stessa.

A.C. 2165 – Articolo 3

ARTICOLO 3 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 3.

(Misure attuative della Convenzione)

1. Per l'attuazione delle finalità previste dalla Convenzione di cui all'articolo 1 è

autorizzata la spesa annua di un milione di euro a decorrere dall'anno 2019. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con i Ministri per i beni e le attività culturali e per il turismo e degli affari esteri e della cooperazione internazionale, sono stabilite le modalità di attuazione della Convenzione, prevedendo, in particolare, l'elaborazione di un programma triennale, entro il limite della spesa annua di cui al periodo precedente, di iniziative dirette al perseguimento delle linee di intervento previste dalla Convenzione, assicurando su base pluriennale, anche mediante l'alternanza tra le diverse misure, il perseguimento di tutti gli ambiti di azione previsti dalla Convenzione.

2. Dall'applicazione della Convenzione di cui all'articolo 1, da realizzare anche mediante la salvaguardia delle figure professionali coinvolte nel settore, non possono derivare limitazioni rispetto ai livelli di tutela, fruizione e valorizzazione del patrimonio culturale garantiti dalla Costituzione e dalla vigente legislazione in materia.

A.C. 2165 – Proposte emendative

PROPOSTE EMENDATIVE

ART. 3.

(Misure attuative della Convenzione)

Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: cooperazione internazionale, aggiungere le seguenti: sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano,

3. 1. Formentini, Billi, Comencini, Di San Martino Lorenzato Di Ivrea, Giorgetti, Grimoldi, Picchi, Ribolla, Zoffili, Coin.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

3. Al fine di favorire la piena attuazione della parte II della Convenzione, entro sei mesi dalla ratifica da parte di tutti i Paesi firmatari della Convenzione di cui all'articolo 1, ai sensi dell'articolo 22 della Convenzione stessa, il Governo italiano valuta la presentazione, sulla base degli indirizzi del Parlamento, di emendamenti che non limitino il democratico e libero godimento dell'eredità del patrimonio culturale e di quello iscritto nella lista del patrimonio mondiale dell'umanità dell'Unesco presente nel proprio territorio nazionale e in quello degli Stati membri del Consiglio d'Europa.

3. 4. Formentini, Billi, Comencini, Di San Martino Lorenzato Di Ivrea, Giorgetti, Grimoldi, Picchi, Ribolla, Zoffili, Coin.

Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:

3. Al fine di favorire la piena attuazione della parte II della Convenzione stessa, entro tre mesi dalla ratifica da parte di tutti i paesi firmatari della Convenzione, ai sensi dell'articolo 22 della Convenzione stessa, il Governo italiano valuta la presentazione, sulla base degli indirizzi del Parlamento, di emendamenti che non limitino il democratico e libero godimento dell'eredità del patrimonio culturale e di quello iscritto nella lista del patrimonio mondiale dell'umanità dell'Unesco presente nel suo territorio nazionale e in quello degli Stati membri del Consiglio d'Europa.

3. 2. Formentini, Billi, Comencini, Di San Martino Lorenzato Di Ivrea, Giorgetti, Grimoldi, Picchi, Ribolla, Zoffili, Coin.

A.C. 2165 – Articolo 4

ARTICOLO 4 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 4.

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dall'attuazione della Convenzione di cui all'articolo 1, pari

a un milione di euro annui a decorrere dall'anno 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, 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 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

3. Gli eventuali oneri derivanti dalla sottoscrizione degli accordi finanziari di cui all'articolo 17 della Convenzione sono autorizzati con appositi provvedimenti normativi.

A.C. 2165 – Articolo 5

ARTICOLO 5 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

Art. 5.

(Entrata in vigore)

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

A.C. 2165 – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

l'Italia, che si colloca in cima alla lista di Paesi detentori di siti, naturali,

culturali, archeologici e paesaggistici, rientranti nel Patrimonio mondiale UNESCO, esercita un ruolo autorevole riconosciuto dalla comunità internazionale, anche a livello geopolitico, proprio in ragione dello specifico patrimonio culturale, che costituisce anche un fattore portante per l'economia del Paese;

l'articolo 9 della Costituzione prevede che la Repubblica promuove lo sviluppo della cultura, nonché tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della nazione;

lo Stato ha legislazione esclusiva nel settore della tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali, a norma dell'articolo 117, comma 2, lettera s), della Costituzione. Lo stesso articolo indica, quale oggetto di legislazione concorrente, la valorizzazione dei beni culturali e ambientali, la promozione e la organizzazione di attività culturali;

l'Italia, in base all'articolo 11, comma 2, della Costituzione consente, in condizioni di parità con gli altri Stati, alle limitazioni di sovranità necessarie ad un ordinamento che assicuri la pace e la giustizia fra le Nazioni e promuove e favorisce le organizzazioni internazionali rivolte a tale scopo, è membro fondatore del Consiglio d'Europa e ha siglato nel 2013 la Convenzione quadro sul valore del patrimonio culturale per la società, più comunemente detta Convenzione di Faro, insieme ad altri 25 Paesi, contribuendo al rafforzamento di uno strumento giuridico internazionale che affonda le sue radici nella guerra in ex Jugoslavia, segnata dalla distruzione del patrimonio culturale, e dunque nell'esigenza di valorizzare il ruolo del patrimonio culturale come fattore di unificazione e di coesione sociale nell'avanzamento del processo di integrazione europea;

la Convenzione di Faro mira, infatti, a valorizzare una comprensione più ampia del patrimonio culturale e del suo rapporto con le comunità che lo hanno prodotto ed ospitato e a contribuire alla costruzione di società pacifiche e demo-

cratiche; essa ha come scopo il riconoscimento del valore che per la società ha il patrimonio culturale identificato come espressione dei valori, credenze, conoscenze e tradizioni di una comunità patrimoniale, anche nella sua accezione evolutiva;

premessò altresì che:

all'articolo 4, lettera *c*), della Convenzione oggetto di ratifica, le Parti riconoscono che l'esercizio del diritto all'eredità culturale può essere soggetto a limitazioni per la protezione degli altrui diritti e libertà;

dall'applicazione della Convenzione potrebbero in astratto derivare limitazioni rispetto ai livelli di tutela, fruizione e valorizzazione del patrimonio culturale garantiti dalla Costituzione e dalla vigente legislazione nazionale in materia, con riferimento alla lettera *b*) dell'articolo 7 della Convenzione che reca la possibilità di stabilire i procedimenti di conciliazione per gestire equamente le situazioni dove valori tra loro contraddittori siano attribuiti alla stessa eredità culturale da comunità diverse e con riferimento all'articolo 15, lettera *a*), e all'articolo 16 della Convenzione che rinviano ad un esercizio di monitoraggio sulla legislazione, le politiche e le pratiche riguardanti il patrimonio culturale, coerente con i principi stabiliti dalla Convenzione,

impegna il Governo

a depositare, analogamente a quanto fatto dalla Spagna, contestualmente allo strumento di ratifica della Convenzione di Faro, una dichiarazione in base alla quale la Convenzione di Faro può essere interpretata in modo coerente con i principi costituzionali e con la legislazione nazionale in materia di patrimonio culturale.

9/2165/1. Lollobrigida, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessò che:

nella Convenzione quadro del Consiglio d'Europa sul valore del patrimonio culturale c'è l'idea di comunità formata attorno al patrimonio, quindi di una partecipazione attiva della stessa per prendersi cura del patrimonio stesso che in buona parte, soprattutto nel nostro Paese, è un pezzo dell'identità locale,

impegna il Governo

ad emanare disposizioni che permettano di dare in concessione, attraverso procedure semplificate, i beni culturali minori ad aziende con prevalenza di personale giovanile e femminile, con specifiche condizioni per garantire un adeguato ritorno economico a queste e la conservazione del patrimonio culturale che altrimenti andrebbe deperito.

9/2165/2. Lucaselli, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessò che:

l'articolo 4, lettera *c*), della Convenzione sancisce che l'esercizio del diritto all'eredità culturale può essere soggetto soltanto a quelle limitazioni che sono necessarie in una società democratica, per la protezione dell'interesse pubblico e degli altrui diritti e libertà;

concettualmente non si capisce come su un patrimonio artistico possano esserci limitazioni se non, ad avviso dei firmatari del presente atto, quelle della censura;

poiché articolo 22 stabilisce le modalità di presentazione, di esame e di accettazione di emendamenti modificativi alla Convenzione da parte dei Paesi aderenti,

impegna il Governo

a proporre in tempi rapidi una proposta di modifica della Convenzione di Faro, ai

sensi dell'articolo 22 della Convenzione medesima, al fine di sopprimere la lettera c) dell'articolo 4.

9/2165/3. Donzelli, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 7, lettera b), prevede che « si stabiliranno procedimenti di conciliazione per gestire equamente le situazioni dove valori contraddittori siano attribuiti allo stesso patrimonio culturale da comunità diverse »;

concettualmente non si capisce come su un patrimonio artistico possa esserci conciliazione per gestire equamente le situazioni dove valori contraddittori siano attribuiti allo stesso patrimonio culturale da comunità diverse se non quella della censura;

è già successo che quando è stato ricevuto il Presidente della Repubblica Islamica dell'Iran ai Musei Capitolini sono stati coperti con un velo i nudi e un atteggiamento del genere ad avviso del firmatario del presente atto non è rispetto ma sottomissione culturale;

poiché articolo 22 stabilisce le modalità di presentazione, di esame e di accettazione di emendamenti modificativi alla Convenzione da parte dei Paesi aderenti,

impegna il Governo

a proporre in tempi rapidi una proposta di modifica della Convenzione di Faro, ai sensi dell'articolo 22 della Convenzione medesima, al fine di sopprimere la lettera b) dell'articolo 7.

9/2165/4. Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premesso che:

la Parte IV è dedicata ai meccanismi di controllo e di cooperazione in relazione al patrimonio culturale;

l'articolo 15 impegna le Parti a sviluppare, attraverso il Consiglio d'Europa, un esercizio di monitoraggio in tema di legislazione, politiche e pratiche riguardanti il patrimonio culturale, e a garantirne l'accesso del pubblico;

l'articolo 16 attribuisce ad un Comitato, nominato dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, il compito di monitorare l'applicazione della Convenzione;

il meccanismo di monitoraggio sembrerebbe introdurre ad avviso dei firmatari del presente atto un inquietante « grande fratello » orwelliano che monitora e vigila sul patrimonio culturale nazionale ritenendo le opere che potrebbero gettare scandalo oppure offendere l'altrui sensibilità;

poiché articolo 22 stabilisce le modalità di presentazione, di esame e di accettazione di emendamenti modificativi alla Convenzione da parte dei Paesi aderenti,

impegna il Governo

a proporre in tempi rapidi una proposta di modifica della Convenzione di Faro, ai sensi dell'articolo 22 della Convenzione medesima, al fine di sopprimere gli articoli 15 e 16.

9/2165/5. Bignami, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premesso che:

la Convenzione si fonda sul presupposto che la conoscenza e l'uso dell'eredità culturale rientrino pienamente fra i diritti umani, ed in particolare nell'ambito del diritto dell'individuo a prendere liberamente parte alla vita culturale della comunità e a godere delle arti, come espressamente previsto dall'articolo 27

della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 e dall'articolo 15 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966;

con tale fondamento sono in aperto contrasto le parti della Convenzione che parlano di limitazioni necessarie in una società democratica, di mediazione e di procedimentalizzazione delle conciliazioni, nel caso in cui valori contraddittori siano attribuiti allo stesso patrimonio culturale di comunità diverse, spesso minoritarie,

impegna il Governo

ad emanare idonee disposizioni per impedire discriminazioni al contrario, ossia che la fruizione del patrimonio venga limitata per i cittadini italiani a fronte di lamentele dei cittadini stranieri.

9/2165/6. Rotelli, Delmastro Delle Vedove, Osnato.

La Camera,

premessi che:

la lettera *b*) dell'articolo 6 sancisce che «nessuna misura di questa Convenzione potrà in alcun modo essere interpretata al fine di influenzare disposizioni più favorevoli riguardo all'eredità culturale e all'ambiente, contenute in altri strumenti giuridici nazionali o internazionali»;

la possibilità di fruire del patrimonio culturale senza censura è sicuramente una misura di maggior favore rispetto alle limitazioni previste da questa Convenzione,

impegna il Governo

ad emanare idonee disposizioni che consentano di delineare il nostro ordinamento come condizione di maggior favore rispetto ad eventuali richieste limitative rispetto allo stato del nostro patrimonio.

9/2165/7. Deidda, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

le norme della Convenzione, nel promuovere un processo partecipativo di valorizzazione del patrimonio culturale, non impongono specifici obblighi di azione per i Paesi firmatari, lasciando agli stessi la libertà di decidere sui mezzi più convenienti per l'attuazione delle misure in esso previste;

l'articolo 3 del disegno di legge di autorizzazione alla ratifica autorizza, per l'attuazione delle finalità previste dalla Convenzione, la spesa annua di 1 milione di euro a decorrere dall'anno 2019;

il successivo articolo 4 pone gli oneri derivanti dall'attuazione della Convenzione, pari a 1 milione di euro annui a decorrere dall'anno 2019, a carico del fondo speciale di parte corrente del Ministero degli affari esteri. Gli eventuali oneri derivanti dalla sottoscrizione degli accordi finanziari di cui all'articolo 17 della Convenzione sono autorizzati con appositi provvedimenti normativi (articolo 4, comma 3);

l'Italia e il mondo intero sono davanti alla più spaventosa recessione economica dal 1929. Ad oggi si fatica a quantificare l'esatto ammontare delle conseguenze della crisi da Covid-19 e non si hanno ancora prospettive certe in termini di crescita,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi delle disposizioni richiamate in premessa, al fine di adottare ulteriori iniziative normative volte a far sì che l'attuazione della Convenzione non comporti, per i primi cinque anni, ulteriori oneri per le finanze pubbliche e che le risorse già previste agli articoli 3 e 4 del provvedimento in esame siano invece destinate all'ammodernamento informatico delle scuole.

9/2165/8. Montaruli, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

la Convenzione in oggetto sia una Convenzione-quadro che definisce obiettivi generali ed identifica i settori d'azione e le direzioni in cui le parti accettano di progredire, senza creare un obbligo di azioni specifiche. Per realizzare gli obiettivi della Convenzione le parti hanno libera scelta di optare per quei mezzi che corrispondono meglio ai loro sistemi ed alle loro pratiche e tradizioni politiche e giuridiche, facendo sempre in modo che il loro approccio sia compatibile con quelli delle altre parti contraenti;

la Convenzione-quadro non individua quindi misure specifiche da attuare da parte di ogni singolo Stato, ma identifica la direzione e gli obiettivi di una scelta europea ambiziosa, senza precisarne il livello del dettaglio ed i tempi di attuazione. L'articolo 4 pone gli oneri derivanti dall'attuazione della Convenzione, pari a 1 milione di euro annui a decorrere dall'anno 2019, a carico del fondo speciale di parte corrente del Ministero degli affari esteri;

gli eventuali oneri derivanti dalla sottoscrizione degli accordi finanziari di cui all'articolo 17 della Convenzione sono autorizzati con appositi provvedimenti normativi (articolo 4, comma 3);

L'Italia e il mondo intero sono davanti alla più spaventosa recessione economica dal 1929. Ad oggi si fatica a quantificare l'esatto ammontare delle conseguenze della crisi da Covid-19 e non si hanno ancora prospettive certe in termini di crescita,

impegna il Governo

a non sottoscrivere, per i primi cinque anni di attuazione della Convenzione, alcun accordo finanziario di cooperazione internazionale ai sensi dell'articolo 17 della Convenzione medesima.

9/2165/9. Maschio, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

l'articolo 13 della Convenzione mette in relazione il patrimonio culturale e il settore dell'istruzione e della formazione;

con il disegno di legge di ratifica della Convenzione (articolo 3 del disegno di legge) si vuole dare attuazione alle attività previste dalla disposizione in parola, al fine di potenziare la dimensione anche internazionale del patrimonio culturale nel sistema nazionale di istruzione, tramite una spesa autorizzata di 1 milione di euro annui;

l'iniziativa mira a sviluppare e diffondere la cultura e la consapevolezza dell'esistenza di un patrimonio comune europeo, inteso come una fonte condivisa di valori, ideali, ricordi, di comprensione, d'identità, di coesione e creatività per le popolazioni in Europa e ha l'obiettivo di permettere il miglioramento dell'offerta formativa scolastica in tale ambito;

il patrimonio culturale europeo è profonda espressione delle radici cristiane dell'Europa tanto che è invalsa l'espressione di « Europa delle Cattedrali »;

le modalità di attuazione della disposizione saranno stabilite con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, che individuerà concretamente gli interventi da realizzare,

impegna il Governo

ad individuare percorsi formativi che valorizzino le radici cristiane dell'Europa tra i giovani.

9/2165/10. Ferro, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

l'articolo 14 della Convenzione valorizza la relazione fra patrimonio cultu-

rale e società dell'informazione, tecnologie digitali, accesso e sviluppo economico e agli approcci che tendono a rafforzare la dimensione europea;

la pandemia da Coronavirus ha portato una nuova consapevolezza in merito ai tour virtuali;

la predisposizione di materiale digitale può avere importanti ricadute sia sotto il profilo pedagogico, nell'insegnamento in classe, sia sotto il profilo della promozione internazionale del Sistema Paese,

impegna il Governo

a utilizzare i fondi predisposti nell'ambito dell'attuazione della Convenzione in attività di predisposizione di *tour* virtuali dei musei delle città d'arte minori al fine di promuoverle meglio nel turismo internazionale.

9/2165/**11**. Butti, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

la cooperazione nelle attività di controllo di cui all'articolo 17 della Convenzione, viene svolta da risorse, in servizio presso il Segretariato generale, che risultano già incaricate dello svolgimento delle attività di cooperazione previste nella disposizione;

la disposizione finale dell'articolo 17 prevede la possibilità che le Parti possano, previo mutuo accordo, sottoscrivere accordi finanziari per facilitare la cooperazione internazionale di cui, allo stato attuale, non è possibile prevederne l'effettiva realizzazione. In ogni caso, gli eventuali oneri aggiuntivi conseguenti alla eventuale realizzazione di detti accordi

finanziari saranno autorizzati con apposito provvedimento normativo,

impegna il Governo

a coinvolgere preventivamente il Parlamento, anche alla luce delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 4 della proposta di legge in esame, nella decisione sulle tipologie di spese non previste individuate in premessa al fine di valutare l'opportunità politica di distogliere preziose risorse dall'attività di rilancio dell'economia italiana a seguito della pandemia da COVID-19.

9/2165/**12**. Osnato, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

La lettera *b*) dell'articolo 9 – Uso sostenibile dell'eredità culturale prevede che « Al fine di rendere sostenibile l'eredità culturale, le Parti si impegnano a ... definire e promuovere principi per la gestione sostenibile e per incoraggiare la manutenzione »;

in Italia ci sono migliaia di beni culturali minori rispetto al circuito internazionale ma che sono punti di riferimento culturale inestimabile per le rispettive comunità locali;

la manutenzione di questi beni, nelle fortunate ipotesi in cui questa avvenga e i beni non siano lasciati in malora, è un costo antieconomico per le casse dello Stato perché dalla mancata valorizzazione non deriva un ritorno economico sufficiente;

tale difficoltà può essere superata dalla corretta applicazione del principio di sussidiarietà, ossia conferendo in concessione tali beni ai cittadini,

impegna il Governo

ad emanare disposizioni che permettano di dare in concessione i beni culturali minori ai giovani e alle donne al fine di favorirne l'autoimprenditorialità.

9/2165/**13**. Prisco, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

l'articolo 20 – Applicazione territoriale – prevede che ogni Stato può, al momento della firma o all'atto del deposito del proprio strumento di ratifica, accettazione, approvazione o adesione, specificare il territorio o i territori in cui si applica la presente Convenzione,

impegna il Governo

a dare priorità, nell'adozione di provvedimenti attuativi della Convenzione in esame, una volta ratificata, alle iniziative che hanno luogo in comuni che non siano capoluoghi di regione o capoluoghi di provincia.

9/2165/**14**. Varchi, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

l'articolo 21 – Denuncia – prevede che ogni Parte può, in qualunque momento, denunciare la presente Convenzione per mezzo di una notifica indirizzata al Segretario Generale del Consiglio d'Europa;

tale denuncia diventerà effettiva il primo giorno del mese successivo alla scadenza di un periodo di sei mesi successivi alla data di ricezione della notifica da parte del Segretario Generale;

dall'applicazione di tale Convenzione potrebbe derivare un approccio culturale unilateralmente soccombente da parte delle istituzioni culturali italiane ed europee,

impegna il Governo

a denunciare secondo quanto previsto dall'articolo 21 la presente convenzione qualora dal comportamento delle nostre isti-

tuzioni culturali possa derivare un nocuo-mento nell'integrità delle nostre radici culturali.

9/2165/**15**. Galantino, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

la Convenzione di Faro intende promuovere una comprensione più ampia del patrimonio culturale e del suo rapporto con le comunità che lo hanno prodotto ed ospitato, incoraggiando a riconoscere l'importanza degli oggetti e dei luoghi in ragione dei significati e degli usi loro attribuiti sul piano culturale e valoriale;

la partecipazione dei cittadini, in particolare, costituisce la chiave di volta per accrescere in Europa la consapevolezza del valore del patrimonio culturale e del suo contributo al benessere e alla qualità della vita;

il testo, che integra gli strumenti internazionali esistenti in materia, invita gli Stati a promuovere un processo di valorizzazione partecipativo, fondato sulla sinergia fra pubbliche istituzioni, cittadini privati, associazioni,

impegna il Governo

a emanare idonee disposizioni per prevedere che la destinazione del patrimonio culturale afferente ai comuni sia valorizzato mediante gli strumenti del bilancio partecipativo.

9/2165/**16**. Zucconi, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premessi che:

l'articolo 2 definisce il « patrimonio culturale » come insieme di risorse ereditate dal passato, riflesso di valori e delle

credenze, e la « comunità patrimoniale » quale insieme di persone che attribuiscono valore a quel patrimonio,

impegna il Governo

a promuovere, nell'ambito dell'autonomia scolastica, percorsi educativi che riprendano e rivalorizzino le tradizioni delle singole comunità locali che rischiano di andare perdute.

9/2165/**17**. Frassinetti, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premesso che:

la convenzione mira a far conoscere il patrimonio culturale alla popolazione;

per favorire l'ingresso ai musei appare opportuno garantire il diritto all'accesso gratuito a tutti i cittadini residenti nel territorio comunale dove è insediato il museo,

impegna il Governo

ad adottare disposizioni in materia come richiesto in premessa.

9/2165/**18**. Mantovani, Delmastro Delle Vedove.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4, lettera *c*), della Convenzione oggetto della proposta di legge di ratifica in esame, prevede che l'esercizio del suo diritto possa essere assoggettato alle sole limitazioni necessarie per la protezione dell'interesse pubblico e degli altrui diritti e libertà;

l'articolo 22 stabilisce le modalità di presentazione, di esame e di accettazione di emendamenti modificativi alla

Convenzione da parte dei Paesi aderenti e del Comitato di cui all'articolo 16,

impegna il Governo

avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 22 della Convenzione, a presentare una proposta di modifica alla Convenzione medesima, al fine di prevedere che le limitazioni di cui all'articolo 4, lettera *c*), non possano essere unilateralmente introdotte da una delle Parti firmatarie, escludendo comunque da tali limitazioni i beni culturali iscritti nella lista del patrimonio mondiale dell'umanità dell'Unesco presenti nel proprio territorio nazionale ed in quello degli Stati membri del Consiglio d'Europa.

9/2165/**19**. Zoffili, Formentini.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4, lettera *c*), della Convenzione oggetto della proposta di legge di ratifica in esame, prevede che l'esercizio del suo diritto possa essere assoggettato alle sole limitazioni necessarie per la protezione dell'interesse pubblico e degli altrui diritti e libertà;

l'articolo 22 stabilisce le modalità di presentazione, di esame e di accettazione di emendamenti modificativi alla Convenzione da parte dei Paesi aderenti e del Comitato di cui all'articolo 16,

impegna il Governo

avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 22 della Convenzione, a presentare una proposta di modifica alla Convenzione medesima, al fine di prevedere che le limitazioni di cui all'articolo 4, lettera *c*), non possano essere unilateralmente introdotte da una delle Parti firmatarie, se non a condizioni di reciprocità, escludendo comunque da tali limitazioni i beni culturali iscritti nella lista del patrimonio mondiale dell'umanità dell'Unesco presenti nel proprio territorio nazionale ed in quello degli Stati membri del Consiglio d'Europa.

9/2165/**20**. Picchi, Formentini.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4, lettera *c*), della Convenzione oggetto della proposta di legge di ratifica in esame, prevede che l'esercizio del suo diritto possa essere assoggettato alle sole limitazioni necessarie per la protezione dell'interesse pubblico e degli altrui diritti e libertà;

l'articolo 22 stabilisce le modalità di presentazione, di esame e di accettazione di emendamenti modificativi alla Convenzione da parte dei Paesi aderenti e del Comitato di cui all'articolo 16,

impegna il Governo

avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 22 della Convenzione, a presentare una proposta di modifica alla Convenzione medesima, al fine di prevedere che in sede di prima applicazione non si applichino le limitazioni di cui all'articolo 4, lettera *c*).

9/2165/**21**. Billi, Formentini.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 3, comma 1, della proposta di legge di ratifica in esame, prevede che con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con i Ministri per i beni e le attività culturali e per il turismo e degli affari esteri e della cooperazione internazionale, sono stabilite le modalità di attuazione della Convenzione oggetto della ratifica stessa;

la Costituzione stabilisce che siano materie di legislazione concorrente quelle relative alla valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organiz-

zazione di attività culturali, nonché quelle relative all'istruzione,

impegna il Governo

ad adottare ulteriori iniziative normative al fine di prevedere che l'emanazione del decreto di cui in premessa sia effettuata avvalendosi degli enti locali, in particolare delle regioni e delle province autonome, in quelle materie che rientrano nella legislazione concorrente in base all'articolo 117 della Costituzione.

9/2165/**22**. Formentini.

La Camera,

premesso che:

la Convenzione quadro del Consiglio d'Europa sul valore del patrimonio culturale per la società, fatta a Faro il 27 ottobre 2005, si fonda sul presupposto che la conoscenza e l'uso dell'eredità culturale rientrino pienamente fra i diritti umani, ed in particolare nell'ambito del diritto dell'individuo a prendere liberamente parte alla vita culturale della comunità e a godere delle arti, come espressamente previsto dall'articolo 27 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 e dall'articolo 15 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966;

essa ha come scopo il riconoscimento del valore che per la società ha il patrimonio culturale identificato come espressione dei valori, credenze, conoscenze e tradizioni di una comunità patrimoniale, anche nella sua accezione evolutiva;

in particolare, l'articolo 2 riconosce il valore identitario del patrimonio culturale;

l'Italia ha un'alta capacità di attrazione culturale nel mondo, certificato anche da recenti classifiche;

il sistema culturale in Italia rappresenta, secondo dati Symbola riferiti ai 2018, 96 miliardi di euro e complessiva-

mente muove 265 miliardi di euro, con 1,55 milioni di occupati, ma è di fronte una crisi senza precedenti;

secondo la Convenzione dell'UNESCO del 2003 per la salvaguardia del patrimonio culturale immateriale, il patrimonio culturale immateriale « sono le pratiche, le rappresentazioni, le espressioni, le conoscenze, le abilità – così come gli strumenti, gli oggetti, i manufatti e gli spazi culturali associati – che le comunità, i gruppi e, in alcuni casi, gli individui riconoscono come parte del loro patrimonio culturale », riconoscendo quindi come meritevoli di tutela anche le arti dello spettacolo, la danza, il teatro, la musica;

l'articolo 9 della Costituzione prevede che la Repubblica promuove lo sviluppo della cultura, nonché tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della nazione;

l'articolo 10 della Convenzione valorizza la relazione fra patrimonio culturale e sviluppo economico, mentre l'articolo 14 prescrive l'impegno a sviluppare l'utilizzo delle tecnologie digitali per migliorare l'accesso al patrimonio culturale,

impegna il Governo:

a portare avanti iniziative, anche di carattere normativo, in sede europea per superare il sotto-finanziamento riservato alla cultura nei quadri finanziari pluriennali dell'Unione europea;

a portare avanti iniziative, anche di carattere normativo, per la costituzione di un Fondo europeo per la cultura, che operi con i principali attori del settore creditizio nazionale;

a promuovere in sede europea la realizzazione di una piattaforma digitale europea per la fruizione del patrimonio culturale e paesaggistico nazionale e degli spettacoli promossi da produzioni italiane, coinvolgendo le imprese culturali e creative nazionali.

9/2165/23. Mollicone, Rampelli.

La Camera,

premesso che:

la Convenzione quadro del Consiglio d'Europa sul valore del patrimonio culturale per la società, fatta a Faro il 27 ottobre 2005, si fonda sul presupposto che la conoscenza e l'uso dell'eredità culturale rientrano pienamente fra i diritti umani, ed in particolare nell'ambito del diritto dell'individuo a prendere liberamente parte alla vita culturale della comunità e a godere delle arti, come espressamente previsto dall'articolo 27 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 e dall'articolo 15 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966;

essa ha come scopo il riconoscimento del valore che per la società ha il patrimonio culturale identificato come espressione dei valori, credenze, conoscenze e tradizioni di una comunità patrimoniale, anche nella sua accezione evolutiva;

in particolare, l'articolo 2 riconosce il valore identitario del patrimonio culturale;

l'Italia ha un'alta capacità di attrazione culturale nel mondo, certificato anche da recenti classifiche;

il sistema culturale in Italia rappresenta, secondo dati Symbola riferiti ai 2018, 96 miliardi di euro e complessivamente muove 265 miliardi di euro, con 1,55 milioni di occupati, ma è di fronte una crisi senza precedenti;

secondo la Convenzione dell'UNESCO del 2003 per la salvaguardia del patrimonio culturale immateriale, il patrimonio culturale immateriale « sono le pratiche, le rappresentazioni, le espressioni, le conoscenze, le abilità – così come gli strumenti, gli oggetti, i manufatti e gli spazi culturali associati – che le comunità, i gruppi e, in alcuni casi, gli individui riconoscono come parte del loro patrimonio culturale », riconoscendo quindi come

meritevoli di tutela anche le arti dello spettacolo, la danza, il teatro, la musica;

l'articolo 9 della Costituzione prevede che la Repubblica promuove lo sviluppo della cultura, nonché tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della nazione;

l'articolo 10 della Convenzione valorizza la relazione fra patrimonio culturale e sviluppo economico, mentre l'articolo 14 prescrive l'impegno a sviluppare l'utilizzo delle tecnologie digitali per migliorare l'accesso al patrimonio culturale,

impegna il Governo:

a portare avanti iniziative, anche di carattere normativo, in sede europea per

superare il sotto-finanziamento riservato alla cultura nei quadri finanziari pluriennali dell'Unione europea;

a portare avanti iniziative, anche di carattere normativo, per la costituzione di un Fondo europeo per la cultura, che operi con i principali attori del settore creditizio nazionale;

a favorire in sede europea la realizzazione di una piattaforma digitale europea per la fruizione del patrimonio culturale e paesaggistico nazionale e degli spettacoli promossi da produzioni italiane, coinvolgendo le imprese culturali e creative nazionali.

9/2165/23. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Mollicone, Rampelli.

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Chiarimenti in ordine alla sottoscrizione di un accordo con l'Unione delle comunità islamiche d'Italia relativo all'avvio di corsi per religiosi islamici operanti nel contesto penitenziario - 3-01760

MORRONE, MOLINARI, ANDREUZZA, BADOLE, BASINI, BAZZARO, BELLA-CHIOMA, 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, FIORINI, 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, MOSCHIONI, MURELLI, ALESSANDRO PAGANO, PANIZZUT, PAOLIN, PAOLINI, PAROLO, PATASSINI, PATELLI, PATERNOSTER, PETTAZZI, PIASTRA, PICCHI, PICCOLO, POTENTI, PRETTO, RACHELLA, RAFFAELLI, RIBOLLA, RIXI,

SALTAMARTINI, SASSO, STEFANI, SUTTO, TARANTINO, TATEO, TIRAMANI, TOCCALINI, TOMASI, TOMBO-LATO, TONELLI, TURRI, VALBUSA, VALLOTTO, VINCI, VIVIANI, RAFFAELE VOLPI, ZICCHIERI, ZIELLO, ZOFFILI e ZORDAN. — *Al Ministro della giustizia.* — Per sapere — premesso che:

risulta da *giustizia newsonline*, il quotidiano *web* del Ministero, che il Ministro interrogato avrebbe avviato il primo corso per religiosi islamici della storia dei penitenziari italiani, « Corso per *imam* e ministri di culto musulmani operanti nel contesto penitenziario », con la finalità di dare assistenza spirituale in carcere ai sempre più numerosi detenuti islamici a rischio radicalizzazione grazie alla presenza in cella di estremisti;

il primo appuntamento si è tenuto sabato scorso all'Università degli studi di Padova;

si apprende anche che l'accordo per la realizzazione di questi corsi sia stato sottoscritto ancora una volta con l'Ucoii, l'Unione delle comunità islamiche d'Italia, che, secondo numerose autorevoli fonti giornalistiche e di esperti assunte nel corso di diversi anni, non darebbe sufficienti garanzie di contrasto al radicalismo;

l'accordo, sottoscritto nel giugno 2020 da Bernardo Petralia, capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, e da Yassine Lafram, presidente dell'Unione delle comunità islamiche d'Italia, ha rinnovato il precedente siglato nel 2015, a dimostrazione della cooperazione che ormai da anni caratterizza i rapporti fra

Ministero della giustizia-Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e Ucoii, ma che non è chiarito da alcuna fonte, né provato da dati inconfutabili se, in questi cinque anni di collaborazione con l'Ucoii, abbia portato risultati tangibili e misurabili in tema di contrasto al radicalismo in carcere, fenomeno in crescita denunciato da più fonti;

esponenti dell'Ucoii nel corso degli anni hanno espresso posizioni e dichiarazioni tutt'altro che finalizzate all'integrazione dei fedeli di religione islamica nella nostra società, puntando al contrario, nella miriade di centri culturali insediati in territorio italiano, all'indottrinamento e alla penetrazione sempre più capillare nella comunità, anche attraverso alleanze strumentali con forze politiche e sociali della sinistra utilizzate come *passepartout* per entrare nelle istituzioni;

poche settimane fa, secondo fonti stampa, il segretario nazionale dell'Ucoii avrebbe dichiarato in una conversazione su *Facebook* che ebraismo e cristianesimo sono «eresie» e uno «storpiamento del messaggio originario». Frasi che a parere degli interroganti la dicono lunga sui veri obiettivi dell'Ucoii e che sarebbero state condannate perfino da altri ambienti dell'Islam in Italia —:

quali siano le motivazioni per le quali l'accordo è stato sottoscritto con l'Ucoii e non con altre associazioni islamiche più moderate presenti in Italia. (3-01760)

Iniziative volte all'introduzione di nuove lauree abilitanti all'esercizio della professione e alla semplificazione dell'attuale sistema di abilitazione — 3-01761

MELICCHIO, CASA, VACCA, BELLA, CARBONARO, CIMINO, DEL SESTO, IORIO, MARIANI, RICCIARDI, TESTAMENTO, TUZI e VALENTE. — *Al Ministro dell'università e della ricerca.* — Per sapere — premesso che:

a seguito della situazione emergenziale sanitaria nel Paese, causata dalla

diffusione del COVID-19, il Governo ha già opportunamente previsto, con il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27 — cosiddetto «Cura Italia» — all'articolo 102, di ovviare alle particolari condizioni di difficoltà in cui versa il Servizio sanitario nazionale, disponendo tempestivamente che il conseguimento della laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia (classe LM/41) abilita all'esercizio della professione di medico-chirurgo, previa acquisizione del giudizio di idoneità;

tale disposizione ha consentito e consentirà di introdurre, nell'immediato, all'interno del sistema sanitario un maggior numero di personale medico fondamentale al fine di risolvere le diverse difficoltà legate alla crescente richiesta di aiuto sanitario e alle carenze che lamenta il nostro Paese, soprattutto in casi di emergenza come quello che si sta affrontando;

in diverse occasioni il Ministro interrogato ha annunciato un disegno di legge finalizzato ad introdurre nuove lauree abilitanti all'esercizio della professione;

riformare l'intero percorso di abilitazione professionale *post*-universitario appare, ad oggi, necessario per ragioni che vanno ben oltre l'emergenza COVID-19. Esso rappresenta spesso un ostacolo improduttivo sia per quanto riguarda i tempi di ingresso nel mercato del lavoro, sia per quanto attiene alla reale efficienza nella preparazione pratica e all'energia psichica dei nostri giovani laureati;

diverse lauree già prevedono all'interno del percorso di studio una componente pratica da considerare sicuramente valida quale tirocinio professionalizzante, che potrebbe essere, oltretutto, rafforzata;

una riforma più ampia del settore universitario che preveda lauree abilitanti arricchirebbe le competenze dei nostri laureati, inglobando nel percorso di laurea, dove ancora manca, anche l'espe-

rienza tirocinante « sul campo » e consentirebbe un adeguamento positivo alle diverse esigenze di una società che cambia —:

quali iniziative di competenza il Ministro interrogato intenda assumere per riformare l'impianto universitario, rendendo abilitanti nuove lauree e semplificando il sistema attuale di abilitazione, così da consentire ai giovani laureati un accesso immediato all'esercizio delle professioni. (3-01761)

Iniziative di competenza in merito alla partecipazione del pubblico agli eventi sportivi nell'attuale contesto epidemiologico — 3-01762

NOBILI, PAITA, TOCCAFONDI, ANZALDI, FREGOLENT, D'ALESSANDRO e FERRI. — *Al Ministro per le politiche giovanili e lo sport.* — Per sapere — premesso che:

domenica 20 settembre 2020 hanno riaperto gli stadi della serie A: mille tifosi per partita possono assistere ad alcune competizioni. Un primo, parziale, risultato frutto dell'accordo tra le regioni, il Governo e le associazioni di categoria;

dopo la riapertura al pubblico dei mondiali di tennis, era attesa la decisione, da parte delle regioni, di riaprire gli stadi — che avrebbero potuto stabilirne la riapertura con propria ordinanza — ma soprattutto da parte del Governo, non solo come atto simbolico di ripartenza del sistema sportivo italiano, ma anche come strumento per consentire la partecipazione di tifosi e appassionati e insieme garantire risorse ad un mondo colpito da una profonda crisi legata agli effetti della pandemia. La decisione, però, è al momento limitata solo alla Lega Serie A con tutte le precauzioni del caso: *termoscanner* per rilevare la temperatura al momento dell'accesso, obbligo di mascherina, distan-

ziamento tra i seggiolini per i « non congiunti »;

la possibilità di consentire la presenza alle partite fino ad un massimo di mille persone era prevista già nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 7 agosto 2020. Il prossimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sarà l'occasione per l'eliminazione delle eventuali disparità tra regione e regione, tra squadra e squadra, tra professionisti e dilettanti, da disciplina sportiva a disciplina sportiva, estendendo, per quanto riguarda il calcio, la possibilità di presenza di pubblico anche per le serie inferiori e per i dilettanti, ma soprattutto prevedendo che la presenza del pubblico sia autorizzata su base percentuale in rapporto alla capienza degli impianti per tutte le discipline sportive;

il mondo dello sport, sia a livello professionale che dilettantistico, oggi ha bisogno di certezze, affinché la pratica sportiva così come la presenza degli spettatori possa tornare alla normalità dopo mesi di *lockdown* e assenza totale di attività;

l'obiettivo rimane quello di consentire la partecipazione del pubblico per tutti gli sport e per tutte le categorie, definendo un protocollo unico, che preveda una percentuale in base alla capienza reale degli impianti —:

quali iniziative di competenza intenda adottare per poter riportare il mondo dello sport alla normalità, fornendo certezze ai praticanti e agli spettatori, tenendo conto delle considerazioni espresse in premessa sia per quanto riguarda l'estensione della riapertura degli stadi alle serie inferiori e ai dilettanti, sia per allargare la previsione della presenza di pubblico a tutte le discipline sportive calcolata in base alla capienza degli impianti, nel pieno rispetto delle regole per limitare la diffusione del virus COVID-19. (3-01762)

Iniziative volte a garantire la continuità produttiva e a salvaguardare i livelli occupazionali presso gli stabilimenti Italtel
— 3-01763

EPIFANI e FORNARO. — *Al Ministro dello sviluppo economico.* — Per sapere — premesso che:

Italtel ha avuto un ruolo da protagonista nella realizzazione dell'infrastruttura di telecomunicazione elettronica negli anni '80 e nell'introduzione, primi anni 2000, del *Voip* (*Voice over ip*);

la società ha rischiato per due volte il fallimento, nel 2012 e nel 2017. L'ultimo decennio si è caratterizzato per un uso costante di ammortizzatori sociali e per accordi fra *Italtel* e sindacati volti a ridurre il personale delle tre sedi di Carini, Roma e Settimo Milanese, dai circa 2.300 addetti nel 2010 agli attuali 1.059;

nel 2017 *Exprivia* ha acquisito l'81 per cento del capitale di *Italtel*, mentre il restante 19 per cento è in mano alla multinazionale *Cisco*;

il bilancio del 2019 ha segnato una forte contrazione del fatturato e una svalutazione consistente del patrimonio aziendale. *Italtel* si è vista costretta a indire due assemblee dei soci per tentare una ricapitalizzazione: tentativi falliti;

Italtel ha depositato presso il tribunale di Milano una prenotativa di concordato preventivo, al termine della quale o si giunge a un accordo di ristrutturazione del debito o si entra nel concordato vero e proprio, con un quasi inevitabile fallimento della società;

il 23 giugno 2020 si è svolto un incontro tra il Ministero dello sviluppo economico, le direzioni di *Italtel* ed *Exprivia*, le rappresentanze sindacali e i rappresentanti delle regioni Lombardia, Lazio e Sicilia. Nell'incontro l'azienda ha comunicato che una società del gruppo finanziario *Pillarstone* ha acquistato la quota di debito di *Italtel* da *Unicredit*;

il 7 settembre 2020 è scaduto il termine per le offerte vincolanti di acquisto. Il consiglio d'amministrazione ha accettato l'offerta di *Psc partecipazioni*, che entro il 7 novembre 2020 dovrà presentare il piano industriale al tribunale di Milano;

Italtel rappresenta per l'Italia un'azienda strategica, le cui lavoratrici e lavoratori hanno competenze e *know how* che non devono essere dispersi. Non va escluso un intervento pubblico, anche attraverso Cassa depositi e prestiti, e dei Ministeri di competenza per salvaguardare e rilanciare l'azienda nella sua integrità e per scongiurare spaccettamenti che avrebbero ripercussioni estremamente negative sui lavoratori —:

quali iniziative intenda perseguire per garantire la continuità produttiva del gruppo e la salvaguardia dei livelli occupazionali. (3-01763)

Misure a favore del comparto automobilistico nazionale, in relazione al progetto di fusione tra Fca e Psa — 3-01764

PORCHIETTO, GELMINI, SOZZANI, GIACOMETTO, ROSSO, BARELLI, CARRARA, POLIDORI e SQUERI. — *Al Ministro dello sviluppo economico.* — Per sapere — premesso che:

all'annuncio della fusione tra *Fca* e *Psa* Forza Italia aveva osservato che lo sbilanciamento in termini di quota di controllo del nuovo gruppo automobilistico, *Stellantis*, avrebbe avuto conseguenze per la filiera *automotive* italiana;

il 4 agosto 2020 dalla stampa si è appreso che *Fca* avrebbe inviato una lettera a circa 1.000 fornitori italiani, chiedendo di interrompere tutte le attività di ricerca e sviluppo sulle auto di segmento B (utilitarie), che, secondo la missiva, « saranno costruite su piattaforma *Psa-Cmp* »; questa decisione potrebbe creare un vantaggio per gli attuali fornitori *Peugeot*;

a inizio settembre 2020 la stampa ha reso noto che la nuova Punto sarà costruita in Polonia su piattaforma *Psa-Cmp*. È prevista anche la progressiva uscita di *Fca* dal segmento A (*citycar*), dichiarata dallo stesso amministratore delegato, Manley;

Fca occupa in Italia 53 mila addetti in 16 stabilimenti. La filiera *automotive* italiana conta oltre 260 mila lavoratori, rappresenta più del 7 per cento degli occupati del settore manifatturiero, ha un fatturato di quasi 106 miliardi di euro, pari all'11 per cento della manifattura e al 6,2 per cento del prodotto interno lordo. Se si aggiungono anche gli indiretti impiegati nei servizi si arriva a oltre 1,2 milioni di persone occupate nel comparto;

dal 1999 al 2018, la produzione di auto in Italia si è ridotta dai 10,2 milioni del periodo 1999-2008 ai 5,6 milioni nel periodo 2009-2018. Quest'anno solo 8 mila vetture sono state prodotte a Mirafiori;

a fronte del disimpegno nei segmenti A e B, che per la *Fiat* erano centrali, il recente prestito di 6,3 miliardi di euro garantito Sace, destinato, secondo *Fca*, ad assicurare la prosecuzione dell'operatività delle filiere italiane, appare povero di connotati strategici;

nel giugno 2020 la Commissione europea ha autonomamente aperto un'indagine sulla fusione *Fca-Psa*, interessandone l'*Antitrust* europeo, che dovrebbe rispondere entro ottobre 2020;

in merito all'iniziativa dell'Unione europea, i due gruppi hanno ribadito che la fusione prosegue, contrariamente a quanto accaduto per i cantieri *Stx*, rispetto ai quali la Commissione europea aveva aperto un *dossier Antitrust* a gennaio 2019, su richiesta franco-tedesca, bloccando, di fatto, l'acquisizione di *Fincantieri*;

tramite *BpiFrance*, società pubblica al 100 per cento, lo Stato francese detiene il 12,7 per cento di *Psa* —:

se non ritenga di dover avviare, a tutela della strategica filiera *automotive*

nazionale, interventi più decisi, nonché iniziative, anche a livello di Unione europea, volte a scongiurare i possibili impatti negativi del processo di fusione sui livelli produttivi e occupazionali in Italia.

(3-01764)

Iniziative volte a promuovere l'innovazione tecnologica in ambito sanitario, anche attraverso l'utilizzo delle risorse del Recovery fund – 3-01765

BOLOGNA e ROSPI. — Al Ministro della salute. — Per sapere — premesso che:

la pandemia COVID-19 ha evidenziato la necessità di utilizzare al meglio la tecnologia in ambito sanitario per migliorare l'assistenza soprattutto della popolazione più fragile;

la telemedicina, ossia l'insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la gestione di un paziente a distanza o in generale l'erogazione di servizi sanitari a distanza, potrebbe semplificare la gestione dei pazienti cronici e delle persone con disabilità, proprio per agevolare le persone disabili e le loro famiglie. La telemedicina inoltre è importante per superare le future emergenze sanitarie e supportare la medicina sanitaria ordinaria;

è necessario delineare, nell'ambito di tutti i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, anche ai fini del monitoraggio degli esiti e della rimborsabilità, quali prestazioni possano essere erogate in regime di telemedicina;

nel comparto delle apparecchiature di diagnostica per immagini da molti anni si rileva una riduzione di investimenti in tecnologia e innovazione: un gran numero di apparecchiature ha superato i limiti dell'obsolescenza tecnologica e non è più in grado di soddisfare gli *standard* di utilizzo;

erogare sanità con tecnologia obsoleta è limitante nel risultato clinico, è a

volte rischioso per il paziente e per gli stessi operatori sanitari ed è più oneroso in termini di manutenzione e costi di gestione: le nuove tecnologie consentono il dimezzamento di tempi e dosi, capacità diagnostiche superiori, notevole riduzione del numero di esami da ripetere, costi di manutenzione e di archiviazione ridotti;

tra le raccomandazioni del Consiglio europeo al Paese, in vista dell'utilizzo dei fondi del cosiddetto *Recovery fund*, c'è quella di rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori sanitari, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture —

quali strategie il Governo intenda promuovere, su tutto il territorio nazionale e nell'ambito del *Recovery plan*, sul tema dell'innovazione tecnologica sanitaria per superare l'obsolescenza del parco tecnologico sanitario al fine di migliorarne l'efficienza, valutando anche tipologie innovative di investimento e finanziamento, insieme a un'accelerazione della cultura digitale attraverso l'adozione di una piattaforma e di un protocollo uniforme per la telemedicina, per la presa in carico e per la gestione dei pazienti, in un'ottica di fornitura di beni e servizi più che di prodotti, monitorando puntualmente esiti, rimborsabilità e prestazioni erogate.

(3-01765)

Elementi e iniziative in ordine ai test veloci per la rilevazione del virus COVID-19, con particolare riferimento al relativo utilizzo in ambito scolastico — 3-01766

CARNEVALI, CAMPANA, PINI, RIZZO NERVO, SCHIRÒ, SIANI, GRIBAUDO, ENRICO BORGHI e FIANO. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

con la riapertura delle scuole la lotta per arginare SARS-CoV-2 e le sue conseguenze, in attesa di una terapia e di un vaccino efficaci e sicuri, passa anche ne-

cessariamente per la diagnosi veloce che distingue i casi di positività rispetto ai casi influenzali;

è quindi necessario individuare soluzioni concrete che riducano il fattore tempo nella verifica dei contagi, con il conseguente vantaggio di non compromettere pesantemente le attività formative delle classi coinvolte e di contenere le inevitabili ripercussioni sullo stato psicologico, emotivo, relazionale degli studenti, specialmente quelli più piccoli, nonché quelle organizzative delle famiglie;

al momento, secondo le « Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia », nel caso in cui un alunno presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di 37,5 gradi o un sintomo compatibile con COVID-19 in ambito scolastico, una volta riportato il figlio/a a casa i genitori devono contattare il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale, che, dopo avere valutato la situazione, decide se è necessario contattare il dipartimento di prevenzione per l'esecuzione del tampone e, qualora il tampone naso-orofaringeo fosse negativo in paziente sospetto per infezione da SARS-CoV-2, a giudizio del pediatra o medico curante, ripete il test a distanza di 2-3 giorni. Il soggetto deve comunque restare a casa fino a guarigione clinica e a conferma negativa del secondo test;

un'ipotesi di test veloce, oltre ad essere meno invasivo, risulta essere quello salivare che si attua prendendo un campione di saliva con un *cotton-fioc*, applicato sul tampone, e grazie all'utilizzo congiunto di tre reagenti è in grado di rivelare in soli 3 minuti se si è positivi o meno al SARS-CoV-2;

la rapidità e la minore invasività rispetto al tampone orofaringeo di questo test consentirebbe, inoltre, la sua utilizzazione anche per eventuali test a campione o *screening* sugli studenti —

a che punto siano gli studi su questo tipo di test e quando ritenga possano

essere distribuiti, specialmente in ambito scolastico, anche al fine di poter eseguire uno *screening* completo sugli studenti delle scuole di ogni ordine e grado. (3-01766)

Iniziative di competenza volte al rigoroso rispetto della normativa da parte dei soggetti istituzionali responsabili della tutela della salute dei cittadini, alla luce delle vicende relative al contratto di fornitura di dispositivi di protezione individuale sottoscritto dalla regione Lazio
— 3-01767

LOLLOBRIGIDA, MELONI, ACQUAROLI, BELLUCCI, BIGNAMI, BUCALO, BUTTI, CAIATA, CARETTA, CIABURRO, CIRIELLI, 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 della salute.* — Per sapere — premesso che:

alcuni organi di stampa hanno riportato la notizia che l'azienda incaricata di fornire le mascherine alla regione Lazio durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19 sarebbe sospettata di avere legami con la criminalità organizzata e oggetto di un'indagine antimafia;

la ditta di Taranto *Internazionale Biolife* aveva siglato a marzo 2020 un contratto con la regione Lazio, sotto la guida del commissario Nicola Zingaretti, per la fornitura delle mascherine per un valore pari a 27 milioni di euro, quasi cinque dei quali già incassati prima che il contratto fosse rescisso da parte della stessa regione a causa della mancata consegna di buona parte del materiale ordinato;

inoltre, la *Internazionale Biolife* avrebbe dovuto consegnare anche una fornitura di quasi due milioni di euro per camici e tute isolanti, proveniente dalla Turchia e destinata in parte alla regione Lazio, mai giunta a destinazione perché sequestrata dalla procura di Taranto e dalla Guardia di finanza per il sospetto che la merce non fosse a norma;

stando alle notizie giornalistiche, l'azienda avrebbe rapporti con affiliati a camorra, Cosa nostra e gruppi di narcotrafficienti e, in particolare, uno dei soci sarebbe stato protagonista di frequenti incontri con pregiudicati per gravi reati di traffico internazionale di droga ed economico-finanziari;

secondo il quotidiano *Domani* tra le tante connessioni della *Internazionale Biolife* con la criminalità organizzata ci sarebbe anche quella con il gruppo che fa capo al camorrista Michele Senese, che era emerso anche nella vicenda riguardante la polizza assicurativa fornita dalla società *Ecotech*, anch'essa aggiudicataria di un contratto di 14 milioni di euro con la regione Lazio per la fornitura di dispositivi di protezione individuale, mai consegnati;

in particolare, sembrerebbe che la regione Lazio si sia rivolta a *Internazionale Biolife* proprio dopo che la *Ecotech* non era riuscita a rispettare le scadenze, come intermediario proprio per adempiere ai contratti sottoscritti da *Ecotech* —:

di quali elementi disponga in ordine a quanto esposto in premessa e quali iniziative di competenza intenda assumere al fine di garantire da parte di tutti i soggetti istituzionali responsabili il più rigoroso rispetto delle normative vigenti per la tutela della salute dei cittadini.

(3-01767)

PROPOSTA DI LEGGE: BOLDRINI: RATIFICA ED ESECUZIONE DELLA CONVENZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE DEL LAVORO N. 190 SULL'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA E DELLE MOLESTIE SUL LUOGO DI LAVORO, ADOTTATA A GINEVRA IL 21 GIUGNO 2019 NEL CORSO DELLA 108^A SESSIONE DELLA CONFERENZA GENERALE DELLA MEDESIMA ORGANIZZAZIONE (A.C. 2207)

A.C. 2207 – Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Sul testo del provvedimento:

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione, volta a garantire il rispetto dell'articolo 81 della Costituzione:

dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente: Art. 2-bis (Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate vi provvedono nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

A.C. 2207 – Articolo 1

ARTICOLO 1 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMIS-

SIONE IDENTICO A QUELLO DELLA PROPONENTE

Art. 1.

(Autorizzazione alla ratifica)

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare la Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) n. 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro, adottata a Ginevra il 21 giugno 2019 nel corso della 108^a sessione della Conferenza generale dell'OIL.

A.C. 2207 – Articolo 2

ARTICOLO 2 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO DELLA PROPONENTE

Art. 2.

(Ordine di esecuzione)

1. Piena ed intera esecuzione è data alla Convenzione di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 14 della Convenzione stessa.

A.C. 2207 – Proposta emendativa

PROPOSTA EMENDATIVA

ART. 2.

Dopo l'articolo 2, aggiungere il seguente:

Art. 2-bis.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate vi provvedono nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

2.0200. (da votare ai sensi dell'articolo 86, comma 4-bis, del Regolamento)

(Approvato)

A.C. 2207 – Articolo 3

ARTICOLO 3 DELLA PROPOSTA DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO DELLA PROPONENTE

Art. 3.

(Entrata in vigore)

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

A.C. 2207 – Ordine del giorno

ORDINE DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

sulla base dei dati ISTAT (report 2018) le donne che nel corso della loro vita

lavorativa sono state sottoposte a ricatti sessuali per ottenere un lavoro o per mantenerlo o per ottenere progressioni nella loro carriera sono circa 1 milione 173 mila (7,5 per cento), in misura più incisiva le donne laureate (8,5 per cento) e le donne dai 35 ai 54 anni;

nella quasi totalità dei casi, l'autore del ricatto sessuale sulle donne è un uomo. Nell'11,3 per cento dei casi la vittima subisce più ricatti dalla stessa persona, ma la frequenza dei ricatti ripetuti è molto diversa a seconda del tipo di ricatto. Considerando tutti i tipi di ricatto sessuale sul lavoro, il 32,4 per cento viene ripetuto quotidianamente o più volte alla settimana, il 17,4 per cento si verifica all'incirca una volta a settimana, il 29,4 per cento qualche volta al mese e il 19,2 per cento più raramente;

Il quadro dei ricatti sessuali subiti nel corso della vita di una donna mostra come il 61,8 per cento di quelli ricevuti dalla stessa persona sia iniziato più di 10 anni fa, il 30,3 per cento tra i 5 e i 10 anni, il 5,8 per cento negli ultimi 3-4 anni;

la ricerca evidenzia come una donna che subisce un ricatto sessuale, nell'80,9 per cento dei casi non ne parla con alcuno sul posto di lavoro. Solo il 15,8 per cento di coloro che subiscono ricatti nel corso della vita ha raccontato la sua esperienza e ne ha parlato soprattutto con i colleghi (8,2 per cento), molto meno con il datore di lavoro (4,1 per cento), con i dirigenti o l'amministrazione del posto di lavoro (3,3 per cento) o con i sindacati (1,0 per cento). Quasi nessuna ha fatto denuncia alle Forze dell'Ordine. La ricerca ISTAT riporta come le motivazioni più frequenti per non denunciare il ricatto subito nel corso della vita derivano: dalla scarsa gravità percepita dell'episodio (27,4 per cento) dalla mancanza di fiducia nelle forze dell'ordine o dalla loro impossibilità di agire (23,4 per cento), dalla scelta di non accettare il ricatto e rinunciare al

lavoro (19,8 per cento) o di essersela cavata da sole o con l'aiuto dei familiari (18,6 per cento) e dalla paura di essere giudicate e trattate male al momento della denuncia (12,7 per cento);

considerato che:

è fondamentale che le istituzioni siano le prime a promuovere la lotta alle molestie e violenze sul luogo di lavoro

accrescendo il livello di consapevolezza nell'opinione pubblica,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di mettere in atto campagne di sensibilizzazione e attività istituzionali rivolte espressamente alla prevenzione delle molestie e violenze sul luogo di lavoro.

9/2207/1. Spadoni.

