

650.

Allegato B

ATTI DI CONTROLLO E DI INDIRIZZO

INDICE

	PAG.		PAG.
<i>ATTI DI CONTROLLO:</i>		<i>Interrogazione a risposta in Commissione:</i>	
Presidenza del Consiglio dei ministri.		Businarolo	5-07649 24884
<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>		<i>Interrogazioni a risposta scritta:</i>	
Anzaldi	4-11511 24879	Fratoianni	4-11500 24885
Affari esteri e cooperazione internazionale.		Zardini	4-11504 24885
<i>Interrogazioni a risposta scritta:</i>		Testamento	4-11512 24886
Ungaro	4-11501 24879	Lavoro e politiche sociali.	
Ungaro	4-11502 24880	<i>Interpellanza:</i>	
Economia e finanze.		D'Attis	2-01441 24887
<i>Interrogazione a risposta in Commissione:</i>		Politiche agricole alimentari e forestali.	
Braga	5-07647 24880	<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>	
<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>		Pagano Ubaldo	4-11503 24889
Spessotto	4-11508 24881	Pubblica amministrazione.	
Giustizia.		<i>Interrogazione a risposta in Commissione:</i>	
<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>		Bruno Bossio	5-07646 24889
Magi	4-11505 24882	Salute.	
Interno.		<i>Interrogazioni a risposta in Commissione:</i>	
<i>Interrogazione a risposta orale:</i>		De Filippo	5-07645 24890
Siracusano	3-02795 24884	Gemmato	5-07648 24891
		<i>Interrogazioni a risposta scritta:</i>	
		Fratoianni	4-11506 24892

N.B. Questo allegato, oltre gli atti di controllo e di indirizzo presentati nel corso della seduta, reca anche le risposte scritte alle interrogazioni presentate alla Presidenza.

	PAG.		PAG.	
Zolezzi	4-11507	24893	Pubblicazione di testi riformulati	24899
Università e ricerca.			<i>Mozioni:</i>	
<i>Interrogazioni a risposta scritta:</i>			Villani	1-00543 24899
Fassina	4-11509	24894	Mandelli	1-00559 24908
Fratoianni	4-11510	24894	Ritiro di documenti di indirizzo	24911
Apposizione di una firma ad una			Ritiro di un documento del sindacato	
interrogazione		24895	ispettivo	24911
Pubblicazione di un testo ulteriormente			Trasformazione di documenti del sindacato	
riformulato		24895	ispettivo	24911
<i>Mozione:</i>				
Bologna	1-00211	24895		

ATTI DI CONTROLLO**PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**

Interrogazione a risposta scritta:

ANZALDI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

secondo un articolo del 21 febbraio 2022 pubblicato su «*Repubblica*» e che non ha ricevuto smentite, la Presidenza del Consiglio dei ministri starebbe valutando di autorizzare la Rai a scendere sotto la quota del 51 per cento di *Rai Way*, la società che gestisce le torri di trasmissione del servizio pubblico. Il provvedimento sarebbe finalizzato a permettere alla Rai di cedere il controllo delle torri per diluirle in una nuova società insieme all'azienda privata *Ei Towers*, di proprietà di F2i e Mediaset;

il vincolo di non scendere sotto al 51 per cento di *Rai Way* è stato imposto alla Rai nel 2014 dal Governo Renzi, con l'obiettivo di mantenere la proprietà pubblica di un'infrastruttura strategica come i ponti di irradiazione del segnale televisivo e i relativi siti di trasmissione. Tra il 2014 e il 2015, infatti, la società *Ei Towers* di proprietà del gruppo Berlusconi aveva tentato di prendere in controllo della società pubblica con un'Opa;

non risulta che il Parlamento sia stato in alcun modo informato dell'intenzione di cedere il controllo pubblico delle torri di trasmissione tv di *Rai Way*, né è chiaro quali siano i benefici per la Rai da una eventuale cessione della quota di controllo di *Rai Way* —:

se risponda al vero che il Presidente del Consiglio dei ministri Draghi starebbe valutando di autorizzare la Rai a scendere sotto al 51 per cento della proprietà di *Rai Way* ed, eventualmente, quali siano le motivazioni dietro ad una tale scelta, che priverebbe la collettività del controllo delle torri di trasmissione della tv pubblica;

se il Presidente del Consiglio dei ministri non ritenga doveroso fare piena trasparenza sulla vicenda, per rispetto non soltanto del Parlamento ma anche di tutti i cittadini che finanziano la Rai attraverso il canone. (4-11511)

* * *

**AFFARI ESTERI
E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE**

Interrogazioni a risposta scritta:

UNGARO. — *Al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

l'articolo di «*RaiNews*» del 16 febbraio 2022, a firma di Silvia Rocchi, riporta il *report* di Oxfam e Emergency, membri della *People's Vaccine Alliance*, presentato alla vigilia del *summit* tra i *leader* dell'Unione europea e dell'Unione africana, che si è tenuto a Bruxelles tra il 17 e 18 febbraio. L'articolo denuncia il forte squilibrio per l'accesso ai vaccini tra i Paesi più ricchi e quelli più poveri, prendendo come esempio l'Unione europea che dovrà disfarsi di oltre 55 milioni di dosi di vaccini a fine febbraio perché in via di scadenza, contro le appena 30 milioni di dosi arrivate dall'inizio dell'anno nell'intero continente africano. Sempre secondo di Oxfam e Emergency, in Africa solo l'11 per cento della popolazione ha ricevuto le prime due dosi e, dall'inizio dell'anno, si stima che almeno 250 mila persone siano morte a causa del virus, ovvero quasi 7 mila vittime al giorno;

l'Italia nel febbraio del 2021 ha aderito al programma Covax (*Covid-19 Vaccines and Global Access*) ovvero un programma promosso dall'Onu e in collaborazione con Gavi, l'Alleanza Vaccini, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'Unicef e la *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (Cepi) volto ad accelerare la produzione e l'accesso equo a *test* diagnostici, terapie e vaccini contro il Covid-19. L'obiettivo che il programma Covax si

prefigge è quello di rendere disponibili due miliardi di dosi di vaccini anti-Covid-19 ai Paesi che partecipano entro la fine del 2021, comprendendo almeno 1,3 miliardi di dosi per le economie a basso reddito;

il programma Covax rappresenta la consapevolezza che la pandemia deve essere affrontata su scala globale senza l'egoismo dei singoli Stati. La redistribuzione delle dosi di vaccino dai Paesi ricchi a quelli più poveri è fondamentale non solo per una questione umanitaria ed economica, ma anche per consentire la limitazione della circolazione del virus e le sue mutazioni che, con l'affermarsi delle varianti, possono essere difficili da contenere —:

quale sia il numero di dosi di vaccino che il Governo ha promesso al progetto Covax nel febbraio del 2021 e il numero di dosi che sono state effettivamente fornite nel 2021 e quante dosi intenda donare il Governo nel 2022 e nel 2023, affinché venga mitigato l'impatto della pandemia sull'economia e sulla salute pubblica. (4-11501)

UNGARO e MIGLIORE. — *Al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.* — Per sapere — premesso che:

come riportato dall'articolo di Andrea Pasqualetto del 24 febbraio 2022 sul *Corriere della Sera*, il 21 marzo del 2021, Andrea Giuseppe Costantino, *trader* milanese del petrolio e del gas ed ex vicesindaco di Arese, è stato prelevato dall'hotel dove soggiornava per una breve vacanza con moglie e la figlia di 4 anni a Dubai e inspiegabilmente arrestato senza alcun mandato;

sembrerebbe che l'arresto del signor Costantino sia dovuto alle due vendite di gasolio svolte dal *trader* negli anni 2015/16 in occasione della guerra civile in Yemen attraverso la sua società Eidon Global Fzg, titolare di licenza per il *trading* di *Oil and Gas*. Secondo l'accusa, il cittadino italiano è stato messo in stato di fermo per un problema legato alla sicurezza nazionale e per ipotesi di favoreggiamento al terrorismo;

dal momento del suo arresto, il signor Costantino è detenuto da oltre 11 mesi nel carcere Al Whatba, Abu Dhabi, Emirati Arabi Uniti, nonostante le pressioni e le richieste fatte dalle Autorità competenti, Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale ed Ambasciata d'Italia per il rilascio;

vengono riportate le pessime condizioni in cui versa il signor Costantino, che durante la sua permanenza in carcere ha perso oltre 30 chilogrammi di peso, è moralmente depresso, non ha diritto ad alcuna ora di aria e teme per la sua incolumità e la sua salute fisica e mentale, tanto che, tramite l'ambasciata, la sua compagna, Stefania Giudice, ha fatto richiesta di un ricovero ospedaliero per accertare che non vi siano gravi patologie alla base dell'importante perdita di peso —:

se il Ministro interrogato sia a conoscenza dei fatti esposti e se non intenda, per quanto di competenza, adottare iniziative per acquisire dal Governo degli Emirati Arabi Uniti dei chiarimenti sulle circostanze dell'arresto del cittadino, Andrea Giuseppe Costantino, accertarsi del suo stato di salute fisica e psicologica, assicurarsi che il suo stato di carcerazione sia conforme al rispetto dei diritti dell'uomo e alle norme di diritto internazionale e, infine, verificare se ci siano le condizioni per il suo rientro in Italia. (4-11502)

* * *

ECONOMIA E FINANZE

Interrogazione a risposta in Commissione:

BRAGA e FRAGOMELI. — *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

la legge di bilancio per il 2022 (legge n. 234 del 2021) ha introdotto modifiche all'articolo 119, relativo al cosiddetto Superbonus del 110 per cento, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, in materia di misure fiscali per gli interventi nei territori colpiti da eventi sismici;

in particolare, l'articolo 1, comma 28, lettera *f*), della citata legge di bilancio, attraverso l'inserimento del comma 8-*ter* all'articolo 119, stabilisce che, per gli interventi effettuati nei comuni dei territori colpiti da eventi sismici verificatisi a far data dal 1° aprile 2009 dove sia stato dichiarato lo stato di emergenza, la detrazione per gli incentivi fiscali di cui ai commi 1-*ter*, 4-*ter* e 4-*quater*, spetta, in tutti i casi disciplinati dal comma 8-*bis* per le spese sostenute entro il 31 dicembre 2025, nella misura del 110 per cento;

con risoluzione n. 8/E del 15 febbraio 2022, l'Agenzia delle entrate, nel dare la sua interpretazione circa l'applicabilità del citato articolo 8-*ter* afferma che: « Per effetto del richiamo operato dal comma 8-*ter* alle elencate disposizioni disciplinanti i rapporti tra il Superbonus e i contributi previsti per la riparazione e ricostruzione degli edifici danneggiati da eventi sismici, si ritiene che la disposizione si applica alle spese sostenute per gli interventi ammessi al Superbonus per i quali sia prevista anche l'erogazione di contributi per la riparazione o ricostruzione a seguito di eventi sismici »;

L'Agenzia delle entrate ha specificato quindi che il predetto « comma 8-*ter* non si applica nel caso di interventi effettuati su edifici che seppure ubicati nei Comuni dei territori colpiti da eventi sismici richiamati dalla norma non hanno, tuttavia, subito danni derivanti da tali eventi » e pertanto si riterrebbe applicabile il regime previsto in tutte le altre casistiche secondo cui per gli interventi effettuati su unità unifamiliari, la detrazione del 110 per cento spetta per le spese sostenute entro il 31 dicembre 2022, a condizione che alla data del 30 giugno 2022 siano stati effettuati lavori per almeno il 30 per cento dell'intervento complessivo;

in sintesi — riporta la risoluzione — le disposizioni di cui al citato comma 8-*ter* dell'articolo 119 del cosiddetto « decreto Rilancio » si applicano agli interventi ammessi al Superbonus effettuati su edifici residenziali o unità immobiliari a destinazione abitativa per i quali sia stato accer-

tato — mediante scheda AeDES o documento analogo — il nesso causale tra danno dell'immobile ed evento sismico, situati in uno dei comuni di cui alle regioni interessate da eventi sismici per le quali è stato dichiarato lo stato di emergenza;

a parere degli interroganti, ferma restando l'applicazione del « Superbonus », l'interpretazione dell'Agenzia delle entrate appare quantomeno riduttiva nello stabilire l'ambito applicativo del comma 8-*ter* e la stessa contrasterebbe con la *ratio* della norma volta al recupero, alla messa in sicurezza ed all'efficientamento energetico del patrimonio edilizio residenziale, con particolare attenzione a quello situato in zona sismica —:

se ritenga che l'interpretazione fornita dall'Agenzia delle entrate di cui in premessa sia coerente con la *ratio* della norma volta al recupero, alla messa in sicurezza ed all'efficientamento energetico del patrimonio edilizio residenziale, con particolare attenzione a quello situato in zona sismica e quali iniziative intenda adottare per garantire la piena operatività della disposizione di cui al comma 8-*ter*, estendendo in tal modo le detrazioni per le spese sostenute fino al 31 dicembre 2025 per gli interventi sulle abitazioni singole, per recuperare, efficientare ma, soprattutto, migliorare il comportamento sismico di grandissima parte del patrimonio edilizio esistente nelle aree colpite dai terremoti.

(5-07647)

Interrogazione a risposta scritta:

SPESSOTTO e VALLASCAS. — Al Ministro dell'economia e delle finanze, al Ministro dello sviluppo economico, al Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili. — Per sapere — premesso che:

la società Helbiz Italia s.r.l., controllata dalla Helbiz Inc, fornisce servizi di micromobilità per le aree urbane e fornisce il servizio di utilizzo di monopattini in venticinque comuni d'Italia;

con comunicato stampa del 9 novembre 2020, il comune di Milano ha reso noto

di aver notificato ad Helbiz srl una revoca dell'autorizzazione a svolgere attività nel territorio del comune per problemi di sicurezza dei monopattini dovuti alla presenza di anomalie nei sistemi di velocità e sosta;

il 4 novembre 2021, con comunicato stampa, Helbiz Italia ed Ita Airways hanno annunciato una *partnership multi-business* grazie alla quale, acquistando i biglietti aerei Ita Airways sarà possibile prenotare monopattini elettrici, biciclette elettriche, motorini elettrici Helbiz in tutte le città in cui l'azienda è presente;

fonti stampa rivelano che ci sarebbero legami tra Emanuele Liatti, *chief product officer* di Helbiz Italia ed il Presidente di Ita Airways Alfredo Altavilla, i quali sarebbero entrambi soci della Amre srl, società di consulenza ed acquisizione di partecipazioni azionarie;

Helbiz Italia è attualmente *partner* di Ferrovie dello Stato;

nel novembre 2020 e nel marzo 2021, la società Helbiz Italia ha ottenuto prestiti per un valore complessivo di 5,5 milioni di euro dal fondo centrale di garanzia per le piccole e medie imprese del Ministero dello sviluppo economico;

i bilanci della Helbiz Italia mostrano, per il 2019, perdite di 950.000 euro a fronte di ricavi per 700.000 euro e, per il 2020, incrementi di fatturato di alcuni milioni —

se il Governo non intenda verificare i criteri alla base dell'aggiudicazione di risorse pubbliche a Helbiz Italia;

se non intenda adottare iniziative di competenza per verificare i meccanismi alla base di quello che appare un consolidamento dei rapporti di collaborazione tra le aziende dello Stato citate in premessa e la società in questione. (4-11508)

* * *

GIUSTIZIA

Interrogazione a risposta scritta:

MAGI. — *Al Ministro della giustizia, al Ministro dell'interno, al Ministro degli affari*

esteri e della cooperazione internazionale. — Per sapere — premesso che:

Yevhen Lavrenchuk è un cittadino ucraino, regista e direttore d'opera di fama internazionale, arrestato il 17 dicembre 2021 a Napoli, in esecuzione del mandato di cattura emesso dalla Federazione Russa il 10 luglio 2020 per l'esecuzione di un provvedimento cautelare con generiche accuse di «frode su larga scala», per le quali è prevista una pena fino a anni dieci di reclusione; l'arresto è stato disposto e convalidato, sulla base della richiesta inserita nel sistema di ricerca Interpol, mentre Lavrenchuk si trovava a Napoli per uno scalo aereo. Da allora e fino al 20 gennaio 2022 Lavrenchuk è stato ristretto presso a Poggioreale;

il 20 dicembre 2021, durante l'audizione successiva all'arresto, Lavrenchuk ha negato il proprio consenso all'estradizione e ha dichiarato di essere vittima di una persecuzione politica da parte della Federazione Russa per ragioni legate alla sua presa di posizione pubblica sull'occupazione della regione della Crimea;

il 22 dicembre 2021 il Ministero della giustizia «ritenuto che occorre assicurare la consegna della persona ricercata all'esito del procedimento di estradizione», chiedeva alla corte d'appello di Napoli il mantenimento della custodia cautelare in carcere;

con nota 7 gennaio 2022 del Ministero dell'interno — direzione centrale della polizia criminale — servizio per la cooperazione internazionale di polizia veniva comunicato al Ministero della giustizia, alla corte d'appello di Napoli ed alla procura generale presso la stessa che, «Facendo seguito a precorsa corrispondenza sul conto del nominato in oggetto, il Segretariato Generale Interpol ha comunicato, in data odierna, che a seguito di una revisione legale dei dati inseriti nella diffusione di ricerche internazionali da parte della Russia non risultano essere conformi con l'articolo 3 dello statuto Interpol (qualsiasi attività o intervento in questioni o affari con risvolti politici, militari, religiosi o raz-

ziali è rigorosamente vietato dall'organizzazione). Pertanto le informazioni sul conto di Lavrenchuk Yevhen sono state cancellate dalla Banca dati Interpol»; alla comunicazione risulta allegata nota in lingua inglese inviata dall'Interpol al Ministero dell'interno il 7 gennaio 2022;

con ordinanza 20 gennaio 2022, il signor Lavrenchuk è stato posto agli arresti domiciliari dalla corte d'appello di Napoli. Nel mentre, la Federazione Russa ha fatto pervenire il 19 gennaio 2022 al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale domanda di estradizione;

Lavrenchuk è stato fondatore del Teatro Polacco di Mosca e ne è stato direttore fino al 2014, quando ha deciso di lasciare la Russia in opposizione all'aggressione dell'Ucraina; tornato in Patria, ha brillantemente portato avanti la propria carriera artistica tra l'Ucraina, la Polonia ed Israele, vincendo diversi premi internazionali;

in ragione della sua notorietà e delle posizioni espresse con riguardo al conflitto in atto tra Russia e Ucraina, Lavrenchuk è stato già oggetto di pressioni e minacce; quando ancora risiedeva in Russia, in occasione della messa in scena di alcune opere teatrali, ha ricevuto da parte del « Comitato degli Anziani » (un organo consultivo dell'ufficio del sindaco) della città russa di Tomsk accuse di « propaganda all'omosessualità », condotta vietata in Russia da un'infesta legge approvata del 2013; a partire dall'inizio delle ostilità in Crimea, il signor Lavrenchuk ha dovuto abbandonare la Russia, proprio a causa delle pressioni subite per non aver voluto assumere posizione in favore dell'occupazione russa;

dalla diffusione della notizia dell'arresto, è stata unanime la presa di posizione pubblica degli esponenti del mondo dell'opera e del teatro e della società civile in sostegno del regista; migliaia di persone ne chiedono la liberazione sui *social networks*, con la campagna internazionale *#FreeLavrenchuk*; in Italia, la comunità ucraina ha organizzato una manifestazione di sostegno il 15 gennaio 2022 a Milano;

è raro che l'Interpol proceda autonomamente alla cancellazione delle iscrizioni nei casi di violazione dell'articolo 3 dello statuto, sicché, in questo caso, la valutazione dell'agenzia (di cui la Federazione Russa fa parte) rappresenta per l'interpellante un indizio grave e preciso della strumentalità della domanda di arresto, in quanto animata dallo scopo di perseguire il regista per la sua nazionalità e per le sue opinioni politiche;

l'abuso dello strumento delle *Red Notices* da parte di regimi autoritari è un tema sul quale le organizzazioni che tutelano i diritti umani hanno ripetutamente lanciato un allarme; la Federazione Russa è il Paese al mondo che maggiormente si avvale dello strumento della segnalazione nella banca dati Interpol dei propri ricercati (il 38 per cento delle domande complessive) —:

per quali motivi il Governo abbia richiesto il mantenimento della misura della custodia cautelare in carcere in seguito all'ordinanza della corte d'appello di Napoli del 18 dicembre 2021 e se abbia previamente proceduto ad assumere informazioni sul conto di Lavrenchuk dal Governo dell'Ucraina;

quali iniziative di competenza siano state intraprese a seguito della comunicazione del provvedimento con cui il segretario generale dell'Interpol ha disposto la cancellazione dai registri della richiesta d'arresto inserita dalla Federazione Russa a carico del signor Lavrenchuk per violazione dell'articolo 3 dello statuto Interpol;

quali determinazioni intenda assumere riguardo alla richiesta di estradizione in Russia di Lavrenchuk;

quali dispositivi di protezione intenda attivare per garantire a Lavrenchuk il rientro in Ucraina in sicurezza. (4-11505)

INTERNO

Interrogazione a risposta orale:

SIRACUSANO. — *Al Ministro dell'interno, al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

l'articolo 16, comma 8-*quinquies* del decreto-legge n. 146 del 2021 e l'articolo 1, comma 567, della legge n. 234 del 2021 hanno stanziato contributi a favore dei comuni sede di capoluogo di città metropolitane individuando, però, come requisito di accesso alle risorse un disavanzo *pro capite* superiore ai 700 euro;

la città di Messina, alla luce dei criteri sopra indicati è rimasta esclusa dalla possibilità di accedere in quota parte a ingenti e importanti risorse pari a 150 milioni di euro per l'anno 2021 e 2,6 miliardi di euro complessivi spalmati sul ventennio 2022-2042;

causa dell'esclusione sarebbe la gestione di bilancio maggiormente virtuosa della città di Messina rispetto ad altri comuni sede di capoluogo di città metropolitana;

l'individuazione del parametro del disavanzo *pro capite* superiore ai 700 euro, a giudizio dell'interrogante, non risponde ad un criterio di logicità, inoltre non appare razionale, nello stanziare importanti risorse a favore di determinate categorie di enti locali, escludere proprio quelli che hanno posto in essere condotte di bilancio maggiormente virtuose —:

se il Governo intenda adottare iniziative, anche normative, finalizzate a consentire l'accesso da parte della città di Messina alle risorse di cui in premessa. (3-02795)

Interrogazione a risposta in Commissione:

BUSINAROLO. — *Al Ministro dell'interno, al Ministro della transizione ecologica, al Ministro della difesa.* — Per sapere — premesso che:

dalla fine degli anni '90 è presente ad Agna (Pd) uno dei più importanti poligoni

di tiro italiani, gestito dal circolo privato « Le 3 Piume » e che occupa un'area di 14 ettari, con circa 50 postazioni di tiro riservate per le diverse discipline, a cui sono iscritti 3000 tesserati, e risulta all'interrogante molto frequentato da esponenti delle forze dell'ordine per gli allenamenti;

da notizie di cronaca (www.ilmattino-dipadova.it) del 6 ottobre 2021 si apprende della imminente apertura, prevista per la prossima primavera, di un laghetto di pesca attiguo al poligono, i cui lavori, iniziati a febbraio 2020, sono stati poi interrotti a causa della pandemia;

il laghetto, come dichiarato dal titolare del centro sportivo, Mario Carli, si estenderà su circa 10mila metri quadrati con una profondità media di 6 metri ed i 60.000 metri cubi di terreno scavati resteranno in azienda per essere destinati alla costruzione di terrapieni davanti alle linee di tiro a volo, in modo da proteggere dal rumore e raccogliere il piombo disperso durante le attività di tiro;

ormai, da diversi anni, le famiglie residenti in prossimità del centro sportivo lamentano di essere sottoposte all'inquinamento acustico legato alle attività del poligono, denunciano l'inadeguatezza dei controlli da parte degli enti preposti e hanno presentato esposti al comune;

di recente alcuni consiglieri hanno presentato un esposto al comune di Agna e al Consorzio di Bonifica per richiedere una verifica sulle autorizzazioni rilasciate riguardanti la realizzazione del laghetto, e per accelerare l'eventuale « mancato rispetto di quanto stabilito dalle autorizzazioni e nel nulla osta concesso » —:

se il Governo sia a conoscenza di quanto esposto in premessa e quali iniziative, per quanto di competenza, intenda porre in essere al fine di verificare l'incidenza dei rumori ritenuti molesti di cui in premessa, provenienti dal poligono, che producono ricadute negative sulla qualità della vita degli abitanti dei territori a ridosso del centro sportivo « Le 3 piume » di Agna;

se il centro sportivo « Le 3 piume » sopra citato rientri nella categoria degli

esercenti una pubblica funzione legittimati a tenere corsi di addestramento e se i corsi proposti alle amministrazioni pubbliche soddisfino le condizioni previste dalle normative vigenti in materia di addestramento delle forze di polizia locale;

se intendano adottare le iniziative di competenza per verifica se il centro sportivo « Le 3 piume » sia a norma di legge relativamente alla bonifica, al trattamento e allo smaltimento dei residui di piombo ed altri rifiuti prodotti dalle attività ivi svolte.

(5-07649)

Interrogazioni a risposta scritta:

FRATOIANNI. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere — premesso che:

nei primi anni duemila, il consiglio comunale di Spinazzola deliberava sul rilascio di una concessione edilizia a seguito della conclusione dell'*iter* procedurale previsto;

sulla base di un esposto anonimo, i consiglieri comunali, che all'epoca dei fatti votarono a favore, furono indagati dalla procura competente e successivamente rinviati a giudizio;

il procedimento penale a carico dei consiglieri si è concluso con l'assoluzione degli stessi;

i suddetti consiglieri dovettero sostenere il pagamento delle spese e degli onorari dei propri avvocati difensori per diverse migliaia di euro;

da quanto risulta all'interrogante, il comune di Spinazzola, al quale spetta, in quanto ente locale interessato, di valutare la concreta sussistenza di tutti i presupposti richiesti dalla legge per la rimborsabilità delle spese legali sostenute dall'amministratore, non ha mai ritenuto di attivarsi per provvedere al rimborso delle spese legali sostenute dagli amministratori sottoposti a giudizio;

la mancata volontà da parte del comune di Spinazzola di attivarsi ai fini della concessione del rimborso delle spese legali

sostenute dagli amministratori assolti nel procedimento penale ha creato loro un danno economico, nonostante l'assoluzione abbia dimostrato la loro correttezza e l'assenza di illeciti nel loro operato;

a parere dell'interrogante il caso sopra richiamato, così come altri casi, dimostrano che le norme esistenti non tutelano gli amministratori che, a causa della discrezionalità dell'ente, potrebbero non vedersi riconosciuto il rimborso delle spese legali da loro sostenute nonostante la loro assoluzione;

tale discrezionalità ed incertezza nell'applicazione delle norme in materia di rifusione delle spese legali degli amministratori presenta, a parere dell'interrogante, serie problematiche sia rispetto alla possibilità che tale discrezionalità possa, in generale, essere influenzata dal diverso orientamento politico degli amministratori che si sono succeduti, sia nello scoraggiare chi ha limitate possibilità economiche ad accedere ai luoghi della rappresentanza politica e sociale, creando, di fatto, una disparità di accesso in base alle condizioni economiche individuali, principio in contrasto con la Costituzione che prevede l'accesso alle cariche elettive in condizioni di eguaglianza e promuove la partecipazione e la rappresentanza anche nelle amministrazioni locali a prescindere dalla loro appartenenza sociale —:

quali iniziative di carattere normativo intenda promuovere al fine di tutelare maggiormente gli amministratori locali in tema di rimborsabilità delle spese legali da questi sostenute in caso di assoluzione in procedimenti penali inerenti all'espletamento del loro mandato. (4-11500)

ZARDINI. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere — premesso che:

nelle ultime settimane a Verona si è assistito ad una recrudescenza di episodi di violenza politica da parte di gruppi organizzati che si ispirano all'ideologia nazifascista con una intensità e una gravità che non si registravano dal 28 ottobre 2020;

in tale data alcuni esponenti di Casapound, di Forza Nuova e dell'Associazione

neofascista Fortezza Europa tentarono di mettersi alla testa della protesta contro le misure straordinarie di contrasto alla pandemia cingendo d'assedio il centro storico della città con una manifestazione non autorizzata sfociata in una vera e guerriglia urbana;

il 10 febbraio 2022, «Giorno del ricordo», si è ripetuto un copione simile a quello degli anni precedenti con gli stessi gruppi neofascisti impegnati ad alzare nuovamente l'asticella dello scontro spingendo maggiormente per una loro legittimazione politica allo scopo di inquinare con la violenza e l'intimidazione il dibattito politico;

in questa occasione la sede veronese di Casapound ha minacciato di impedire l'incontro previsto per il 10 febbraio tra gli studenti veronesi e lo storico Eric Gobetti presso la scuola Copernico-Pasoli, incontro poi fortemente osteggiato dalla giunta comunale tanto da arrivare al suo annullamento;

la sera del 7 febbraio, le vie della città sono state teatro dell'azione delle ronde illegali di Casapound con l'aggressione ad una donna e ad un uomo che, colpito al volto, è dovuto ricorrere alle cure mediche con una prognosi di trenta giorni;

sabato 22 gennaio in via Mazzini un gruppo di circa venti militanti aveva aggredito con calci, pugni e colpi di «ombrello» tre ragazzi filmando e diffondendo via *social* tale aggressione con l'intento di mostrare la propria capacità di cancellare l'identità personale nel segno dell'omologazione, vestendosi tutti allo stesso modo, con volti coperti e abbracciandosi nel nome di quella che chiamano «fratellanza»;

tale propaganda neo-fascista, a giudizio dell'interrogante, è ben tollerata dalle amministrazioni cittadina e provinciale che concedono autorizzazioni, non intervengono contro le continue propagande con volantini e scritte sui muri o contro le intimidazioni più o meno velate nei confronti delle altre organizzazioni cittadine —:

quali iniziative urgenti di competenza intenda adottare per contrastare il diffon-

dersi di atti di aggressione ispirati all'ideologia neofascista a Verona e nel territorio circostante e se non ritenga opportuno affrontare la questione in un Comitato per l'ordine e la sicurezza appositamente convocato. (4-11504)

TESTAMENTO. — *Al Ministro dell'interno, al Ministro della giustizia.* — Per sapere — premesso che:

alcune fonti di stampa (*www.primo-numero.it*, 27 febbraio 2022) hanno diffuso la notizia che, nella notte tra il 26 e 27 febbraio 2022, a Monterotondo, in provincia di Roma, ignoti hanno dato fuoco alla vettura dell'avvocato molisano Vincenzo Iacovino e della moglie Cinzia Fiorato, giornalista del TG1;

da quanto si evince dal medesimo articolo, lo stesso Iacovino e la moglie hanno considerato l'episodio come un chiaro atto intimidatorio a seguito di alcune denunce da loro presentate sulla «mala movida» nel comune di Monterotondo, dove si riscontra un aumento vertiginoso degli episodi di criminalità, con spaccio di sostanze stupefacenti, vendita di alcolici fuori orario, disturbi continui della quiete pubblica, risse, attività di riciclaggio e, finanche, interessi di vari gruppi malavitosi. Nel pezzo l'avvocato Iacovino dichiara testualmente: «Questa sera dopo aver postato le immagini dell'ennesima rissa violenta avvenuta venerdì alle tre di notte fra gente ubriaca e sfatta di ogni sostanza hanno pensato di metterci a tacere bruciando la nostra macchina. Un atto intimidatorio che ovviamente non ci fermerà»;

in un altro articolo di stampa (*www.romatoday.it*, 28 febbraio 2022) l'avvocato Iacovino ha affermato che, da tempo, la situazione dell'ordine pubblico a Monterotondo è divenuta insostenibile, anche per l'assenza di controlli da parte dei vigili in orari compatibili con quelli dei pubblici servizi e di alcune gravi inadempienze del sindaco e dell'amministrazione comunale, motivi che lo hanno indotto a presentare varie denunce alla procura competente, al prefetto, al questore, al comando dei vigili

urbani, ai Carabinieri, senza avere alcun tipo di riscontro;

a seguito dell'atto intimidatorio riportato in premessa, sempre nell'articolo di *www.romatoday.it* si riferisce anche la notizia che la prefettura avrebbe già disposto un servizio di vigilanza e protezione per l'avvocato Iacovino e sua moglie Cinzia Fiorato, nonché per la loro abitazione —:

se il Ministro dell'interno sia a conoscenza dei fatti esposti in premessa e, considerata la gravità degli stessi, quali iniziative di competenza intenda assumere per fare tempestivamente e concretamente fronte a un'*escalation* di episodi delinquenti e pericolosi dal punto di vista dell'ordine pubblico che sta creando forte preoccupazione e angoscia tra i cittadini di Monterotondo;

quali urgenti iniziative intenda altresì assumere, in materia di prevenzione, per aumentare il controllo del territorio e il contrasto alla criminalità organizzata e affinché venga tutelata la sicurezza di tutti i cittadini;

quali iniziative siano state già realmente adottate e si intendano ulteriormente intraprendere, in caso di necessità, per garantire l'incolumità fisica di Iacovino e sua moglie;

se i Ministri interrogati, per quanto di competenza, intendano valutare la sussistenza dei presupposti per l'adozione di iniziative ispettive, anche in relazione al fatto che non risulterebbe essere stato dato alcun seguito alle numerose denunce presentate dalla coppia. (4-11512)

* * *

LAVORO E POLITICHE SOCIALI

Interpellanza:

Il sottoscritto chiede di interpellare il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, il Ministro dello sviluppo economico, per sapere — premesso che:

Auchan Retail Italia ha gestito fino al 2019 oltre 1.600 punti vendita in Italia, di

cui 46 ipermercati Auchan e 223 supermercati Simply, con circa 18.000 dipendenti diretti. Nel 2019 Conad ha acquisito il pacchetto azionario di controllo di Auchan Retail Italia spa, con una operazione da circa 1 miliardo di euro. Ne è nato un colosso con una quota di mercato intorno al 19 per cento della Gdo alimentare, per un giro d'affari che si aggirava intorno ai 17 miliardi;

a ottobre 2019 c'è stato un cambiamento di denominazione sociale da Auchan SpA in Margherita Distribuzione Spa (MD), una società controllata da Bdc Italia, la cui proprietà è al 51 per cento di Conad e al 49 per cento da Pop 18 Sarl che appartiene al gruppo WRM, società specializzata in *private equity* e *real estate* commerciale;

nel corso dei numerosi incontri (2019 e 2020), il Ministero dello sviluppo economico ha sempre sottolineato il potenziale positivo dell'operazione di cessione, ricordando la necessità di un percorso condiviso tra le parti, al fine di garantire la sostenibilità del piano di acquisizione;

viceversa, in quelle sedi, le organizzazioni sindacali hanno più volte rilevato la mancanza di chiarezza dei rappresentanti Conad, con conseguente forte incertezza sul futuro degli addetti ex Auchan Retail. Hanno ribadito l'esigenza di maggiore trasparenza sui punti vendita in cessione ad operatori terzi, sulle ristrutturazioni dei punti vendita di grandi dimensioni e sul relativo impatto sugli occupati. Hanno chiesto che le operazioni di cessione e ristrutturazione fossero preventivamente condivise con le organizzazioni sindacali, e proposto alla società Conad di ricollocare nella propria struttura organizzativa degli eventuali esuberanti;

dopo una minaccia di licenziamento collettivo, che ha interessato 307 lavoratori nelle strutture aziendali pugliesi, Margherita Distribuzione Spa ha avviato, nel 2020, con riferimento al punto vendita Auchan-Conad a Mesagne (BR), un intervento di ristrutturazione che prevedeva la riduzione della superficie di vendita e il frazionamento delle autorizzazioni commerciali per

la vendita al dettaglio, motivandolo con la riorganizzazione delle attività e il riallineamento dei costi di struttura. Ne è conseguita una cessione di ramo d'azienda alla Leonardo S.r.l.;

l'accordo raggiunto con le organizzazioni sindacali comprendeva la ricollocazione delle 164 unità di lavoro e 19 uscite volontarie, mentre la cessione ha riguardato 70 unità selezionate secondo criteri di natura tecnico-organizzativa e produttiva. Le restanti unità sono rimaste alle dipendenze di MD. Per tutte sono state applicate misure di riduzione di orario, cassa integrazione guadagni straordinaria (Cigs) ricollocazione professionale, politiche attive del lavoro e sostegno al reddito;

nel settembre 2021 il tribunale di Torino ha accertato la violazione degli articoli 2112 e 2555 del codice civile in una cessione di ramo d'azienda Auchan-Conad per le illegittime modalità con cui sono stati coinvolti i lavoratori; analogamente ha deciso il tribunale di Milano nel febbraio 2022;

il 16 agosto 2021 al Ministero del lavoro e delle politiche sociali è stato raggiunto un accordo tra Margherita Distribuzione Spa, il Ministero medesimo, Ministero dello sviluppo economico, e le organizzazioni sindacali per la consultazione sindacale (articolo 24 del decreto legislativo n. 148 del 2015), finalizzato al ricorso alla Cassa integrazione guadagni straordinaria per cessazione di attività (articolo 44 del decreto-legge n. 109 del 2018), essendo scaduti il 31 luglio 2021 i trattamenti di Cigd previsti dal Governo per fronteggiare l'emergenza sanitaria. Margherita Distribuzione Spa ha reso nota la propria intenzione di procedere alla cessazione di tutta la rete commerciale ove erano occupate n. 556 unità lavorative, da ricondurre, in sintesi, alla cessazione di ogni attività commerciale;

il trattamento di integrazione salariale è stato previsto sino al 31 marzo 2022. Entro quella data le parti dovranno incontrarsi per valutare i risultati del ricorso alla Cigs in ragione del completamento del piano

di ristrutturazione e per valutare l'estensione del ricorso alla Cassa integrazione guadagni (Cig) « per cessazione » al personale non ancora ricollocato;

le regioni Puglia, Campania, Veneto, Sicilia, Lazio, Marche, Piemonte e Sardegna hanno confermato la disponibilità ad attivare percorsi di politica attiva per il lavoro per i dipendenti Margherita Distribuzione Spa occupati presso i rispettivi territori;

le organizzazioni sindacali hanno dichiarato di non condividere i criteri utilizzati dall'azienda per l'individuazione dell'esubero che sono oggetto di contenziosi in corso e hanno chiesto che venisse coinvolta la totalità della rete CONAD nelle operazioni di ricollocazione del personale ancora in forza a Margherita Distribuzione Spa;

nonostante gli annunci di chiusura Margherita Distribuzione Spa ha chiuso, nel 2020 e 2021, accordi con Unieuro per l'apertura di punti vendita collocati all'interno di ex ipermercati Auchan. Secondo la stampa specializzata Margherita Distribuzione Spa è stata creata *ad hoc* da Conad (utili 2020: 216 milioni) per dismettere e riconvertire le unità produttive ex Auchan e Sma;

a giudizio degli interpellanti le modalità operative di Margherita Distribuzione Spa appaiono spregiudicate e risultano disinvolti i comportamenti nei confronti dei lavoratori. Le preoccupazioni sindacali espresse nei tavoli al Ministero dello sviluppo economico degli anni 2019 e 2020, appaiono pienamente condivisibili —:

quali iniziative intendano adottare i Ministri interpellati in merito alle vicende esposte in premessa, con particolare riferimento alla salvaguardia dei lavoratori ancora in esubero presso il punto vendita di Mesagne.

(2-01441)

« D'Attis ».

* * *

*POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI
E FORESTALI*

Interrogazione a risposta scritta:

UBALDO PAGANO e DE GIORGI. — *Al Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, al Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili.* — Per sapere — premesso che:

l'articolo 6-bis, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, ha stabilito per l'anno 2021 una soglia minima per i canoni demaniali marittimi pari a 500 euro;

nello specifico, è stato previsto che tale importo a titolo di canone minimo fosse dovuto quale corrispettivo nei casi di utilizzo di aree e pertinenze demaniali marittime per attività sportive, ricreative e legate alle tradizioni locali, svolte in forma singola o associata senza scopo di lucro e per finalità di interesse pubblico individuate e deliberate dagli enti locali competenti;

la disposizione richiamata, non essendo stata oggetto di proroga, ha cessato la sua efficacia il 31 dicembre 2021. Pertanto, l'importo del canone dovuto a decorrere dall'annualità corrente ha subito un incremento di quasi il 700 per cento al netto degli oneri aggiuntivi spettanti alla regione;

tali sensibili aumenti rappresentano — come dichiarato dalla Confcommercio Taranto e da Unicoop Taranto in occasione di un *sit-in* organizzato *ad hoc* — un danno gravissimo per i mitilicoltori della città di Taranto;

i suddetti incrementi, sommati allo stato di inquinamento di alcune aree del Mar Piccolo che sono oggetto di progetti di bonifica, rendono insostenibile la prosecuzione delle attività di miticoltura —:

se e quali iniziative, per quanto di competenza, il Governo intenda intrapren-

dere per favorire la miticoltura nella città di Taranto. (4-11503)

* * *

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Interrogazione a risposta in Commissione:

BRUNO BOSSIO, MURA, CARLA CANTONE, VISCOMI, GRIBAUDO, LACARRA e LEPRI. — *Al Ministro per la pubblica amministrazione.* — Per sapere — premesso che:

come noto, il congedo di paternità è stato introdotto nel nostro ordinamento in via sperimentale e in favore dei soli lavoratori del settore privato dall'articolo 4, comma 24, lettera a), della legge 28 giugno 2012, n. 92, e, originariamente, prevedeva una sola giornata di astensione obbligatoria e ulteriori due giornate facoltative, da usufruire facoltativamente e in alternativa alla madre lavoratrice;

ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della citata legge n. 92/2012, le disposizioni della medesima legge, « per quanto da esse non espressamente previsto, costituiscono principi e criteri per la regolazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni »;

con il successivo comma 8 si è disposto che « Al fine dell'applicazione del comma 7, il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, individua e definisce, anche mediante iniziative normative, gli ambiti, le modalità e i tempi di armonizzazione della disciplina relativa ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche »;

grazie ad una costante azione di mobilitazione e sensibilizzazione portata avanti da tante realtà sociali e politiche, nel corso degli anni, le giornate sono via via aumentate e, allo stato attuale, il congedo obbligatorio per il padre è riconosciuto, in maniera strutturale, per un numero di 10

giorni, dall'articolo 1, comma 134, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

a tutt'oggi, tuttavia, i lavoratori delle pubbliche amministrazioni non possono beneficiare di tale congedo, in quanto non risulta ancora adottato il citato provvedimento attuativo da parte del Ministro per la pubblica amministrazione;

è di tutta evidenza la grave sperequazione che si protrae ormai da troppo tempo nei confronti dei lavoratori pubblici a seguito della mancata emanazione delle disposizioni estensive; sperequazione che, inoltre, potrebbe innescare un vasto e deflagrante contenzioso giurisdizionale —:

quali urgenti iniziative intenda adottare al fine di porre rimedio alla ingiustificata esclusione dei lavoratori pubblici dalla possibilità di fruire del congedo di paternità obbligatorio, adottando il relativo provvedimento attuativo disposto dal citato articolo 1, comma 7, della legge n. 92 del 2012. (5-07646)

* * *

SALUTE

Interrogazioni a risposta in Commissione:

DE FILIPPO. — *Al Ministro della salute.*
— Per sapere — premesso che:

il Centro nazionale trapianti (Cnt), istituito con la legge 1° aprile 1999, n. 91, presso l'istituto superiore di sanità è l'organismo tecnico-scientifico preposto al coordinamento della Rete nazionale trapianti di cui si avvalgono il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed opera secondo le linee di indirizzo e programmazione fornite dallo stesso Ministero della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome;

nonostante tale inquadramento giuridico, attualmente il Cnt ha come unici interlocutori i centri regionali e le società scientifiche, ma a quanto consta all'interrogante, non intrattiene alcun contatto regolare né con il Ministero della salute né

con le regioni, mancando così quella necessaria spinta politica nazionale che una materia così delicata richiede;

in particolare, la politica del Cnt si trova ad essere condizionata, ad avviso dell'interrogante, da alcune regioni quali Lombardia, Veneto, Piemonte e Toscana, dalla Società italiana trapianti di organo e dai centri chirurgici più forti, che comunque non risparmiano allo stesso, nel contempo, aspre critiche, facendo sì che il sistema nazionale istituito dalla legge n. 91 del 1999 oggi appare molto debole e lo stesso Cnt sembra non avere progetti costruttivi concreti né una visione precisa del futuro;

nell'ultimo *report* pubblicato ai primi di gennaio 2022 si evince che nel 2021 il tasso di donazione è risalito a 22,9 donatori per milione di abitanti, meglio del 2020 (20,5) e del 2019 (22,8) ben lontani comunque dal 23,7 del 2017;

inoltre, le regioni del Centro-Sud restano ancora molto indietro rispetto a quelle settentrionali anche se si nota un recupero in particolare della Basilicata (che sale da 5,3 a 18,1), dell'Abruzzo (+8,6) e di Puglia e Sicilia (+5,4);

per quanto attiene ai trapianti nel 2021 ne sono stati eseguiti 3.778, 341 in più rispetto al 2020 (+9,9 per cento), ma i dati sono comunicati solo su base regionale, senza riferimenti alla popolazione. In tale situazione è evidente che la Lombardia, che ha un dato mediocre sulle donazioni, figura al primo posto per i trapianti, semplicemente perché la Lombardia ha il doppio degli abitanti;

solo i trapianti di fegato sono in aumento, gli altri sono sui livelli degli anni precedenti escluso il 2020 (anno di crisi) o su livelli inferiori. In particolare, il trapianto di rene, in Italia, ha un numero complessivo esiguo e molto inferiore proporzionalmente a quello dei principali Paesi europei. Fa eccezione il trapianto di pancreas, la cui percentuale in termini assoluti è minima che, seppur aumentata è comunque inferiore a quella degli anni precedenti;

in definitiva, il numero assoluto dei trapianti e delle donazioni che, nel 2021 è tornato a livelli pre-Covid del 2018-2019, è comunque ancora lontano dai numeri del 2017;

sicuramente, il calo delle donazioni e dei trapianti non può essere ascrivibile unicamente alla pandemia ma anche ad una necessaria revisione di tutta la normativa, prima fra tutte la legge n. 91 del 1999 —:

se non ritenga necessario adottare le iniziative di competenza volte ad approfondire la correttezza delle iniziative e delle procedure adottate dall'attuale Centro nazionale trapianti;

se non ritenga necessario predisporre un'iniziativa normativa volta alla revisione complessiva della materia dei trapianti;

se non ritenga necessario attivare urgentemente campagne informative sulla possibilità, e sull'utilità di dare il proprio consenso alla donazione degli organi, quale elemento fondamentale per salvare vite umane, visto che da circa 10 anni non vengono effettuate con determinazione.

(5-07645)

GEMMATO. — *Al Ministro della salute.*
— Per sapere — premesso che:

l'articolo 4 del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, in materia di « Obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario » dispone, al comma 1, quanto segue « 1. Al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, in attuazione del piano di cui all'articolo 1, comma 457, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita, comprensiva, a far data dal 15 dicembre 2021, della somministrazione della dose di richiamo successiva al ciclo vacci-

nale primario, nel rispetto delle indicazioni e dei termini previsti con circolare del Ministero della salute. La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati... »;

alcuni professionisti sanitari che non si sono sottoposti alla vaccinazione obbligatoria di cui all'articolo 4, comma 1, e che, pertanto, sono stati sospesi dall'esercizio della propria attività, stanno chiedendo la revoca della sospensione dal lavoro, poiché hanno contrattò la malattia da COVID-19 e successivamente sono guariti e, per questo motivo, sostengono di essere immuni da futuri contagi e impossibilitati a nuocere ai pazienti che si sottopongono alle loro cure nelle strutture sanitarie pubbliche;

secondo quanto si evince anche dai più recenti dati e risultati pubblicati su Medrxiv, e in particolare sul documento denominato « *Mucosal immunity against SARS-CoV-2 variants of concern including Omicron following vaccination* » del 27 gennaio 2022, oltre che secondo altri dati di letteratura scientifica, pare che « (...) Gli individui vaccinati avevano livelli significativamente più bassi di anticorpi neutralizzanti contro Alfa, Delta e Omicron nei polmoni rispetto ai convalescenti COVID-19(...) Inoltre, la vaccinazione con mRNA ha indotto una significativa immunità circolante dei linfociti B e T specifici per Spike, ma contrariamente ai convalescenti COVID-19, queste risposte erano assenti nei polmoni degli individui vaccinati... »;

secondo i predetti dati, inoltre, pare che « La vaccinazione con mRNA ha (...) generato anticorpi neutralizzanti di tipo IgA nelle mucose delle vie respiratorie notevolmente inferiori (...) rispetto a quelle dei convalescenti (...) Da notare che la variante Omicron è sfuggita quasi completamente all'attività di neutralizzazione nei polmoni degli individui vaccinati o precedentemente infetti »;

dunque, sembrerebbe che i vaccini a mRNA inducano immunità non ottimale a livello delle mucose delle vie aeree, soprattutto riguardo all'immunità cellulare;

al contrario, sembrerebbe che i guariti sviluppino una robusta immunità a livello delle mucose delle vie aeree;

in conclusione, secondo quanto si evince anche dai predetti dati di letteratura scientifica, sembrerebbe che il vaccino obbligatorio che si intende somministrare ai professionisti sanitari sia basato sulla sequenza della proteina *spike* dell'isolato virale ancestrale Sars-Cov-2 « Whuan » non più in circolazione in Italia e, pertanto, questo non risulterebbe più idoneo a proteggere contro gli isolati virali attualmente in circolazione —:

se non intenda verificare l'attendibilità dei dati di letteratura scientifica citati in premessa e, nel caso questi dovessero risultare realmente attendibili, se non intenda adottare iniziative per modificare l'articolo 4 del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, prevedendo l'esclusione della vaccinazione quale requisito essenziale per l'esercizio della professione sanitaria e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative per i soggetti guariti dalla malattia COVID-19.

(5-07648)

Interrogazioni a risposta scritta:

FRATOIANNI. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

il 2 febbraio 2022 il presidente della regione Friuli Venezia Giulia Massimiliano Fedriga e l'assessore regionale alla salute Riccardo Riccardi hanno dichiarato un incremento dei posti strutturali di terapia intensiva pari a 55 unità, passando da 120 a 175 posti in dotazione entro il 2027;

la delibera della giunta regionale n. 1965 del 23 dicembre 2021 divide i posti letto di terapia intensiva previsti in Friuli Venezia Giulia in due tipologie, distinguendo tra posti letto « in dotazione », cioè quelli effettivamente operativi e quelli « attivabili », ovvero posti letto per i quali, pur essendo disponibili gli spazi e i relativi apparecchi medicali, manca il personale e quindi per poterli attivarli diventa necessario richiamare personale impiegato in altri servizi e reparti, ad esempio sale ope-

ratorie, occorre inoltre prevedere orario di lavoro straordinario, richiamo dalle ferie e altro;

dall'esame dell'Allegato 3 alla delibera della giunta regionale n. 1965 del 23 dicembre 2021 già richiamata, emerge che il numero di letti di terapia intensiva « in dotazione » sia pari a 109 e non 120 mentre quelli « attivabili » sarebbero 46 per un totale di 155 posti letto, nonostante il Presidente Fedriga sostenga che siano già oggi 175 i posti comunque disponibili qualora ce ne fosse la necessità;

i letti di terapia intensiva in Friuli Venezia Giulia prima della pandemia ammontavano complessivamente a 120 e risultavano già insufficienti per rispondere alle esigenze di cura negli anni pre-pandemia;

stando dunque alla delibera della giunta regionale di dicembre 2021 sarebbe stato stabilito dalla regione Friuli Venezia Giulia un numero di letti « in dotazione » e cioè operativi h24, inferiore a quelli esistenti in pre-pandemia ed anche inferiore a quelli previsti dall'allegato 3 della precedente delibera di giunta regionale n. 1446 del 24 settembre 2021 che fissava in 121 i letti di terapia intensiva;

a ciò si aggiunge che le tabelle dell'Agendas quotidianamente continuano a riportare per il Friuli Venezia Giulia un numero di letti di terapia intensiva pari a 175;

a questo punto appare opportuno all'interrogante che la regione Friuli Venezia Giulia chiarisca definitivamente e con la massima trasparenza quanti siano davvero i posti di terapia intensiva « in dotazione » e quanti « attivabili » e, per questi ultimi, quali siano i tempi reali di attivazione, assicurando così i cittadini e le cittadine del Friuli Venezia Giulia su un vero potenziamento del Servizio sanitario regionale —:

quali iniziative di competenza intenda assumere, di concerto con la regione Friuli Venezia Giulia, affinché sia accertato quanti posti letto di terapia intensiva in « dotazione » e quanti « attivabili » siano presenti oggi negli ospedali della regione data la

presunta incongruenza tra i numeri annunciati dal presidente della regione e dall'assessore regionale alla salute del Friuli Venezia Giulia, quelli riportati nelle delibere di Giunta, nonché quelli indicati sul sito dell'Agenas. (4-11506)

ZOLEZZI, SERRITELLA, BRUNO, IORIO, NAPPI e VILLANI. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

nell'articolo di Abu-Raddad et al pubblicato su NEJM nel settembre 2021 è stata studiata clinicamente in Qatar la reinfezione da SARS-CoV-2 su 353.326 persone mostrando reinfezione in 1.300 persone (0,36 per cento); sui 1.300 reinfettati 4 hanno richiesto l'ospedalizzazione, ma nessuno è stato ricoverato in terapia intensiva o è deceduto; cioè 1 solo paziente su 100 mila guariti è stato ricoverato per essersi reinfettato da SARS-CoV-2;

nell'articolo di Alejo et al, *Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland* pubblicato su JAMA il 3 febbraio 2022, viene riportato che il 99 per cento delle persone infettate in precedenza aveva anticorpi contro il SARS-CoV-2 anche a 20 mesi dalla negativizzazione, studio su 1.580 pazienti eseguito in Usa; secondo lo studio di Pantazatos e Seligmann il rapporto rischio beneficio è sfavorevole vaccinando persone guarite dal SARS-CoV-2 (dati israeliani);

un articolo comparso su « Quotidiano sanità » nel febbraio 2022, fa riferimento a una relazione dell'Istituto superiore di sanità, guidato da Brusaferrò, secondo la quale la presenza di anticorpi non deve escludere da dosi vaccinali contro il SARS-CoV-2, citando un lavoro del Centro di controllo delle malattie (Cdc) degli Usa. Nel testo più recente del Cdc degli Usa in realtà si legge « mentre rimane incerto in quale grado e per quanto tempo le persone con anticorpi rilevabili sono protette dalla reinfezione da SARS-CoV-2 o quale concentrazione di anticorpi sono necessarie per fornire tale protezione, gli studi di coorte indicano 80-90 per cento di riduzione nell'incidenza per almeno 6 mesi dopo l'infe-

zione fra le persone positive per anticorpi. L'immunità adattiva mediata da T-cell a seguito dell'infezione, sebbene non completamente compresa, probabilmente contribuisce alla protezione da successive esposizioni al SARS-CoV-2 ». Dopo aver citato alcuni studi nel documento si legge: « Tutte le persone eleggibili dovrebbero ricevere il vaccino, includendo le persone già infettate anche con anticorpi evidenti ». Ma questa frase appare non supportata da dati. Si riferisce, in ogni caso, a una popolazione diversa dalla nostra (BMI, dislipidemie e altro). Nel testo dello stesso Cdc pubblicato come *Morbidity and Mortality Weekly Report* il 19 gennaio 2022 (*COVID-19 Cases and Hospitalization by Covid-19 Vaccination status and Previous Covid-19 Diagnosis – California and New York, May-November 2021* Tomas M. Leon, e altri U.S. Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention Early Release / Vol. 71 January 19, 2022) si leggono le percentuali di ospedalizzazione per reinfezione nei guariti non vaccinati e vaccinati, con analoga percentuale (0,03 per cento cioè 3 guariti su 10.000 sono stati ospedalizzati); sono 12.554.996 i casi di SARS-CoV-2 diagnosticati in Italia al 22 febbraio 2022; secondo le Assicurazioni Generali i casi sarebbero di più, circa 100 volte il numero dei decessi per le varianti ante-omicron, quindi almeno 15 milioni (153.764 decessi in Italia al 23 febbraio 2022), con verosimile incremento dei casi per omicron che ha ucciso meno di metà rispetto alle precedenti varianti; questi dati suggeriscono uno scarso significato clinico e un assente risultato a livello di sanità comunitaria relativamente alla vaccinazione dei guariti da SARS-CoV-2 e impongono un ripensamento delle norme esistenti, in particolare, per quanto riguarda il diritto al lavoro —:

se il Ministro interrogato intenda adottare iniziative per revocare la previsione, per i guariti da infezione documentata da SARS-CoV-2 e per le persone che possano dimostrare un'immunità, anche solo di memoria linfocitaria dal medesimo agente patogeno, di dosi vaccinali obbligatorie a fini lavorativi e per tutte le finalità sociali o

ricreative comprese nel cosiddetto « *super green pass* »;

se intenda, per quanto di competenza, promuovere la ricerca sui test Naat linfocitari e sulla loro efficacia predittiva clinica nel caso della sindrome Covid-19.

(4-11507)

* * *

UNIVERSITÀ E RICERCA

Interrogazioni a risposta scritta:

FASSINA. — *Al Ministro dell'università e della ricerca.* — Per sapere — premesso che:

i principali organi di stampa avevano dato la notizia della, sospensione da parte dell'università di Milano Bicocca del corso in quattro lezioni, gratuite e aperte a tutti, sullo scrittore russo Fëdor Michajlovič Dostoevskij, che avrebbe dovuto tenere Paolo Nori, scrittore, traduttore, e grande esperto di letteratura russa;

nella *e-mail* che Nori aveva ricevuto con la sospensione del corso, così si giustificava la decisione: « Caro professore, stamattina il prorettore alla didattica mi ha comunicato la decisione presa con la rettrice di rimandare il percorso su Dostoevskij; lo scopo è quello di evitare ogni forma di polemica soprattutto interna in quanto momento di forte tensione »;

aveva destato sconcerto che il massimo organo accademico di una delle più importanti università italiane abbia ritenuto opportuno sospendere delle lezioni su uno dei più grandi autori della letteratura mondiale perché russo e, quindi, ponendolo in relazione all'aggressione della Repubblica Russa all'Ucraina;

aveva destato grave preoccupazione che una istituzione accademica, il cui scopo è quello di promuovere la conoscenza e la libera ricerca, avesse valutato come possibile causa di polemica un'occasione di studio e approfondimento, abdicando al suo ruolo e alla sua funzione anche educativa,

i quali dovrebbero ancor più dispiegarsi in questo momento storico, promuovendo e difendendo la cultura del dialogo, della conoscenza e della pace;

la rettrice è successivamente intervenuta affermando che vi era stato un malinteso in un momento di grande tensione e che l'ateneo da lei retto è aperto al dialogo e all'ascolto anche in questo periodo molto difficile che vede sgomenti di fronte all'*escalation* del conflitto, confermando che il corso dello studioso Paolo Nori, con il quale si incontrerà, è stato confermato nei giorni stabiliti del programma;

l'interrogante, pur prendendo atto del ripensamento della rettrice dell'università di Milano Bicocca e senza volere alimentare polemiche, ritiene quanto avvenuto grave e preoccupante per le ragioni espresse —:

nel rispetto della autonomia delle Università, quali iniziative, per quanto di competenza, anche normative, intenda intraprendere affinché gli atenei, gli istituti e gli enti di ricerca non solo non alimentino un clima di intolleranza culturale, ma si facciano parte attiva nella cultura del confronto e del dialogo, della conoscenza comune e della pace. (4-11509)

FRATOIANNI. — *Al Ministro dell'università e della ricerca.* — Per sapere — premesso che:

l'università Bicocca di Milano aveva comunicato tramite *e-mail* allo studioso Paolo Nori, la decisione assunta dalla rettrice e dal prorettore alla didattica di rimandare un corso sullo scrittore russo Fëdor M. Dostoevskij che sarebbe dovuto cominciare nei giorni successivi, con lo scopo di « evitare ogni forma di polemica soprattutto interna in quanto momento di forte tensione », con un chiaro riferimento al conflitto in corso tra la Russia e l'Ucraina;

il corso dello studioso Paolo Nori si inserisce all'interno dei percorsi « *Between writing* », percorsi rivolti a studenti e alla cittadinanza che mirano a sviluppare com-

petenze trasversali attraverso forme di scrittura;

la scelta di cancellare il suddetto ciclo di lezioni ha immediatamente generato numerose polemiche e proteste tanto che la stessa università ha rivisto la propria decisione decidendo di confermare il corso nelle stesse modalità e con gli stessi contenuti già concordati con lo studioso Nori;

a parere dell'interrogante sarebbe stato assurdo che una università italiana, luogo di confronto, scambio, arricchimento e crescita, avesse proibito un corso su un autore come Dostoevskij solo perché russo e bene ha fatto a ritornare sui propri passi;

la cultura rappresenta l'antidoto più potente contro la guerra e la violenza e cancellare iniziative culturali e didattiche è una scelta incomprensibile, dimenticando, tra l'altro, che spesso la cultura è stata e continua ad essere, anche in Russia, dissidente e non soggetta al potere;

nonostante la positiva riconferma del corso su Dostoevskij, l'università Bicocca di Milano non ha fornito adeguate spiegazioni sulle motivazioni che l'avevano indotta in un primo momento a sospendere il suddetto corso e di conseguenza come sia giunta a cambiare idea —:

se la Ministra interrogata disponga di elementi, per quanto di competenza, in ordine alla decisione assunta dalla rettrice dell'università Bicocca di Milano e alle relative modalità;

quali iniziative di competenza intenda assumere, anche normative, pur nel rispetto della autonomia delle università, affinché gli atenei svolgano pienamente il loro ruolo di centro di produzione di cultura, confronto e dialogo, posto che è necessario evitare che analoghi interventi di tipo censorio si possano ripetere nelle università italiane. (4-11510)

Apposizione di una firma ad una interrogazione.

L'interrogazione a risposta in Commissione Costanzo n. 5-07428, pubblicata nel-

l'allegato B ai resoconti della seduta del 4 febbraio 2022, deve intendersi sottoscritta anche dalla deputata Menga.

Pubblicazione di un testo ulteriormente riformulato.

Si pubblica il testo riformulato della mozione Bologna n. 1-00211, già pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta n. 196 del 25 giugno 2019.

La Camera,

premesso che:

l'Organizzazione mondiale della sanità ha definito le malattie reumatologiche come la prima causa di dolore e di disabilità in Europa, sottolineando come queste, da sole, rappresentino la metà delle patologie croniche ad alto potenziale di disabilità che colpiscono la popolazione di tutte le età maggiormente tra i 35/40 anni e in pazienti di età superiore ai 65 anni;

molte delle malattie reumatologiche sono particolarmente gravi e presentano un carattere sistemico, coinvolgendo più organi e apparati vitali. Si tratta, nello specifico, delle malattie reumatiche infiammatorie croniche e autoimmuni e che riguardano, generalmente, gli individui più giovani nelle fasi più produttive della vita;

in Italia, circa il 10 per cento della popolazione è affetto da malattie reumatologiche e la spesa per queste malattie è stimata in circa 5 miliardi di euro l'anno, di cui una parte consistente — circa i due terzi — è riferita a costi indiretti legati a perdita di produttività dei lavoratori affetti;

un progetto chiamato *Fit For Work* Italia, realizzato dalla Società italiana di reumatologia, ha evidenziato che le persone affette dalle patologie reumatologiche sono ad alto rischio di invalidità e sono spesso costrette ad abbandonare il lavoro. Un censimento dell'associazione Amrer onlus del 2015 e dati Istat, in riferimento al medesimo anno, evidenziano che le malattie reumatiche rappresentano la seconda

causa di invalidità in Italia, pari al 27 per cento delle pensioni di invalidità erogate;

la diffusione del virus COVID-19 e la portata della pandemia, soprattutto in termini di conseguenze sulla tenuta del servizio sanitario nazionale, hanno aggravato notevolmente la condizione dei pazienti reumatologici. Oltre alle mancate diagnosi, si rileva una crescita sensibile dei numeri delle liste di attesa e la sospensione delle terapie da parte di pazienti che non hanno effettuato le visite presso i centri erogatori delle terapie;

la prima indagine dell'Osservatorio nazionale dell'associazione persone con patologie reumatologiche e rare (Apmarr) ha rivelato come una persona con patologia reumatologica su due, nell'ultimo anno, non sia mai riuscita ad usufruire dei servizi di assistenza a cura sul territorio, mentre 7 persone su 10 non siano mai state contattate dal medico di medicina generale e dallo specialista per poter effettuare una visita di controllo;

la pandemia ha reso necessaria una riflessione su un nuovo modo di concepire il rapporto medico-paziente, che parte dal rafforzamento della medicina territoriale e che utilizza lo strumento della telemedicina all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per superare le difficoltà legate ad una ridotta mobilità da parte dei pazienti, anche a causa della circolazione del virus;

il rafforzamento della medicina territoriale, attraverso una riforma complessiva legata alla creazione delle case di comunità e degli ospedali di comunità, è parte integrante della missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza che include, altresì, anche il rafforzamento della digitalizzazione (telemedicina, fascicolo sanitario elettronico);

nell'ultimo ventennio, l'introduzione di nuovi farmaci biologici nell'area reumatologica ha modificato drasticamente la storia naturale di molte gravi patologie, consentendo di ottenere la remissione stabile e prolungata di molte malattie, prima tra tutte l'artrite reumatoide;

tali farmaci hanno determinato un netto miglioramento della qualità di vita dei pazienti da un punto di vista sociale e lavorativo, contribuendo, sul piano economico, ad un'importante riduzione dei costi indiretti legati alla disabilità (Anis A., Rheumatology 2009);

la perdita della copertura brevettuale dei farmaci biologici ha permesso l'ingresso nel mercato dei farmaci cosiddetti « biosimilari », medicinali simili per qualità, sicurezza ed efficacia ai farmaci biologici originatori, che possono essere prodotti secondo procedure e normative espresse da specifiche linee guida europee e commercializzati a prezzi inferiori rispetto ai prodotti originatori;

il legislatore ha stabilito che un farmaco biosimilare può essere utilizzato nel rispetto di tre principi fondamentali: autonomia prescrittiva del medico, diritto alla continuità terapeutica dei pazienti già in trattamento, non sostituibilità automatica tra farmaco *originator* e farmaco biosimilare;

la legge di bilancio per il 2017 (legge 11 dicembre 2016, n. 232) stabilisce, infatti, all'articolo 1, comma 407, che: « non è consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico di riferimento ed un suo biosimilare, né tra biosimilari »; pertanto, è compito del medico specialista la decisione di proporre il passaggio da biologico a biosimilare e di fornire al paziente le adeguate e complete informazioni che gli consentano di condividere tale scelta ed approvarla, anche al fine di ribadire quel « contratto terapeutico » posto alla base di una corretta aderenza e persistenza alle terapie e dell'eliminazione di una delle principali fonti di inefficienza della spesa farmaceutica;

a tale riguardo, anche l'Agenzia italiana del farmaco ha precisato, nel secondo *position paper* del marzo 2018, che la scelta del trattamento rimane una decisione clinica affidata esclusivamente al medico prescrittore;

negli ultimi anni, inoltre, diverse sentenze della giustizia amministrativa

hanno consolidato i principi previsti nell'utilizzo dei farmaci biosimilari; da ultimo, la sentenza n. 400 del 2019 del tribunale amministrativo regionale della Toscana ha ribadito che il principio dell'autonomia decisionale del medico non può in alcun modo essere limitata, né direttamente, né indirettamente;

ciononostante, giungono sempre più frequentemente da diverse regioni italiane, tra cui Piemonte, Sardegna, Sicilia e Toscana, segnalazioni di difficoltà nel proseguire la terapia attualmente in corso con farmaco biologico ed il tentativo di sostituirlo in maniera automatica con il relativo biosimilare;

è necessario un adeguato bilanciamento tra i principi previsti dalla normativa statale di razionalizzazione della spesa pubblica, da un lato e, al contempo, di garanzia della libertà prescrittiva attraverso la compresenza di un numero adeguato di opzioni terapeutiche. Nella costruzione di meccanismi di gara bisognerebbe evitare la restrizione della disponibilità di farmaci prescrittibili dal medico e prevedere la fissazione di basi d'asta che consentano di avere almeno tre aggiudicatari, come previsto dalla normativa; bisognerebbe evitare, inoltre, indirizzi prescrittivi o procedure — formali o sostanziali — con esclusiva finalità economicistica, volti a concentrare la scelta prescrittiva sul primo classificato, esponendo i pazienti a *switch* multipli e frequenti che possono creare disagio e disorientamento, a fronte di risparmi non sostanziali;

su altro versante, la pandemia da COVID-19, che da due anni imperversa nel mondo, ha fatto emergere la necessità di garantire continuità assistenziale ai malati affetti da patologie croniche come quelle reumatologiche attraverso l'intelligenza artificiale e la telemedicina sia nelle situazioni emergenziali, che nelle ipotesi di pazienti collocati in territori disagiati. I malati reumatologici hanno, infatti, avuto, in tutto questo periodo, difficoltà di accesso ai centri specialistici e ritardi nelle diagnosi e nelle cure, come dimostrato da una recente ricerca realizzata dalle associazioni di pa-

zienti Anmar e Aparr in collaborazione con il Centro di telemedicina dell'Istituto superiore di sanità e confermato dal XVIII Rapporto nazionale di Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità;

la diagnosi precoce delle patologie reumatologiche, effettuata anche attraverso il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, consente al malato un trattamento precoce e una più alta probabilità di remissione della malattia;

i pazienti reumatici sono spesso affetti da altre comorbidità ed è pertanto necessario investire in strumenti digitali che garantiscano assistenza multidisciplinare e interoperabilità dei sistemi informatici;

emerge la necessità di garantire un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale per evitare che al disagio della malattia si aggiunga la difficoltà dello spostamento — talvolta anche in una regione diversa da quella di appartenenza — per ottenere le terapie farmacologiche indicate dal medico ed il cui approvvigionamento, in alcuni territori, non viene assicurato per ragioni finanziarie che contrastano con la tutela della salute del paziente reumatico;

è necessario garantire a medici e pazienti, attraverso rappresentanze qualificate, società scientifiche in ambito reumatologico e associazioni dei pazienti organizzate, la partecipazione ai processi decisionali della politica sanitaria inerenti ai percorsi e alle terapie farmacologiche per la cura delle patologie reumatologiche;

a tale ultimo scopo, risulta fondamentale implementare i tavoli di discussione regionali sulle patologie reumatologiche e la creazione, a livello nazionale, di un tavolo di lavoro che comprenda tutte le parti interessate e che orienti la politica ad interventi, anche legislativi, per soddisfare tutte le esigenze ed i bisogni di cura al fine di realizzare in concreto la migliore presa in carico e gestione del paziente;

occorre cogliere la grande opportunità rappresentata dall'arrivo di finanzia-

menti per la sanità italiana attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza, finanziamenti che si otterranno solo attraverso l'attuazione di un piano di recupero e ammodernamento del sistema, avviando una riflessione condivisa con tutti gli attori del settore per discutere delle azioni da intraprendere e per delineare le linee di indirizzo per un nuovo modello di gestione della cronicità;

occorre attivare percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali che rappresentino, mediante l'adattamento alle linee guida internazionali, uno strumento di orientamento della pratica clinica, coinvolgendo e integrando tutte le parti interessate al processo, primi tra tutti i malati reumatologici, lo specialista reumatologo, il medico di medicina generale e il farmacista territoriale. Tale intervento mira a conseguire un progressivo passaggio da una gestione per specialità a una gestione per processi, indispensabile per superare la variabilità di presa in carico nei diversi territori, mantenendo i percorsi più appropriati e virtuosi, e da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa, attuabile con un potenziamento del personale sanitario specializzato con il supporto della telemedicina e della digitalizzazione, con il monitoraggio dei dati clinici, radiologici e di laboratorio relativi al paziente, che tenga conto anche delle complicazioni e delle comorbidità,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative per sviluppare progetti innovativi nell'ambito della ricerca scientifica, della formazione e dell'assistenza sanitaria in campo reumatologico;
- 2) ad adottare iniziative di competenza che incentivino l'utilizzo della telemedicina e dell'intelligenza artificiale in campo reumatologico, sfruttando le opportunità offerte dai finanziamenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza, a garanzia della continuità assistenziale sia in periodi emergenziali come quello attuale, sia in territori poco accessibili, favorendo la creazione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria multi-professionale e multi-specialistica, coadiuvata da sistemi digitali interoperabili per assicurare cure adeguate anche in caso di comorbidità;
- 3) a prevedere specifiche linee di indirizzo nazionali, previa intesa con la Conferenza Stato-regioni, volte ad incentivare iniziative per la prevenzione, la diagnosi precoce e l'assistenza, favorendo la creazione, su base regionale, delle reti assistenziali nel cui ambito poter rendere operativi specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta) per specifiche malattie o gruppi di esse;
- 4) ad adottare iniziative per prevedere la possibilità di un'implementazione dell'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, contenente la storia clinica dei pazienti, rendendo disponibili informazioni e documenti prodotti dal sistema sanitario al fine di rendere più efficiente l'erogazione dei servizi sanitari e la continuità di cura, garantendo l'accesso in sicurezza del medico ai dati del paziente ed evitando duplicazioni di esami;
- 5) a identificare, attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, specifici indicatori di *performance* e risultato volti a valutare lo stadio di implementazione e realizzazione degli obiettivi di salute per patologia nell'ambito del rinnovo del piano nazionale delle cronicità;
- 6) a promuovere presso il Ministero della salute un tavolo sulle patologie reumatologiche, coinvolgendo le principali società scientifiche ed associazioni di pazienti (Amrer, Anmar, Apmarr), al fine di esaminare lo stato dell'arte e di fornire linee di indirizzo volte al miglioramento della presa in carico complessiva del paziente reumatologico;
- 7) ad adottare iniziative in favore della formazione continua e informazione dei medici, in particolare dei medici di medicina generale e pediatri di libera

- scelta, che sono il primo filtro per i pazienti, e dei medici Inps che si occupano degli accertamenti degli stati invalidanti, per garantire nuove conoscenze e competenze nell'approccio alla patologia reumatologica;
- 8) ad adottare iniziative per garantire l'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci biotecnologici, sia *originator* che biosimilari e innovativi, per consentire la sostenibilità del sistema sanitario;
- 9) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per assicurare quanto previsto all'articolo 1, comma 407, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio per il 2017), per mantenere in equilibrio la razionalizzazione di spesa per il servizio sanitario nazionale con la garanzia a fornire un'ampia disponibilità di terapie, tutelando il diritto alla continuità terapeutica per i pazienti e alla non sostituibilità automatica del farmaco di riferimento con il suo biosimilare né tra biosimilari, monitorando, altresì, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, affinché tali principi siano applicati in modo conforme su tutto il territorio nazionale, per evitare disomogeneità nell'accesso alle cure con farmaci biologici ed innovativi e, in particolare, assicurando che la costruzione e l'implementazione delle gare escludano meccanismi che limitino la libertà prescrittiva del medico;
- 10) ad adottare iniziative di competenza per favorire l'istituzione di tavoli in tutte le regioni, con la partecipazione dei portatori d'interesse sulle patologie reumatologiche, comprese le associazioni dei pazienti, attraverso cui elaborare indicazioni e raccomandazioni condivise che generino, da un lato, appropriatezza di gestione della presa in carico e delle risorse e, dall'altro, sicurezza delle cure e pieno soddisfacimento dei bisogni dei malati reumatici;
- 11) ad adottare linee guida e protocolli specifici, con la partecipazione delle parti sociali e datoriali, al fine di investire sulla salute nei luoghi di lavoro e di indirizzare i datori di lavoro, pubblici e privati, in favore di un equilibrato contemperamento tra le esigenze di salute dei lavoratori con malattie croniche, quali quelle reumatologiche, e il conseguimento degli obiettivi aziendali, valorizzando il potenziale delle persone con malattia cronica e un'occupazione maggiormente sostenibile;
- 12) ad adottare tutte le iniziative di competenza per garantire il coinvolgimento dei farmacisti nell'ambito dello sviluppo e del potenziamento di una rete assistenziale dedicata alla cura delle patologie reumatiche, considerando l'apporto che tali professionisti possono fornire al paziente tramite il servizio professionale di monitoraggio e gestione della terapia reso nelle farmacie di comunità.
- (1-00211) (*Seconda ulteriore nuova formulazione*) « Bologna, Carnevali, Mandelli, Boldi, Nappi, Noja, Gemmato, Fornaro, Mugnai, Marin, Baldini, Baratto, Bernardini, Biancofiore, Carelli, Dall'Osso, De Girolamo, D'Ettore, Gagliardi, Napoli, Parisse, Pedrazzini, Pettarin, Ripani, Rizzone, Silli, Vietina, Carrara, De Filippo, Siani, Lorefice, D'Arrando, Ianaro, Mammì, Misiti, Penna, Provenza, Ruggiero, Sportiello, Villani ».

Pubblicazione di testi riformulati.

Si pubblica il testo riformulato della mozione Villani n. 1-00543, già pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta n. 592 del 10 novembre 2021.

La Camera,

premesso che:

i disturbi dello spettro autistico costituiscono un insieme di alterazioni del

neurosviluppo a carattere estremamente eterogeneo che determinano difficoltà nell'interazione sociale reciproca e nella comunicazione, accanto a comportamenti ripetitivi e a interessi insolitamente ristretti (come definito nelle classificazioni « DSM-5 » e « ICD-11 »);

ancorché le cause dei disturbi dello spettro autistico siano in parte ancora ignote, la posizione scientifica, condivisa a livello internazionale, è che non si tratti di una « malattia », bensì di una condizione di neurodiversità o di differente profilo di funzionamento dipendente da uno sviluppo atipico del sistema neurobiologico alla cui insorgenza contribuiscono fattori eziopatogenetici, sia genetici che ambientali, che possono comportare anche complesse compromissioni clinico-organiche, la cui evidenza è supportata da una consolidata documentazione scientifica nazionale ed internazionale; nella generalità dei casi, i disturbi in questione si manifestano precocemente, entro i primi tre anni di vita, ma l'evoluzione del pensiero scientifico, come ripresa anche nell'ambito del Dsm-5, considera la possibilità che i sintomi vengano riconosciuti successivamente, oltre i primi tre anni, a seconda del rapporto intercorrente tra esigenze sociali e capacità;

i disturbi dello spettro autistico determinano caratteristiche molto differenti alle quali possono essere associate compromissioni che comportano livelli di autosufficienza variabili e, conseguentemente, carichi assistenziali da minimi a estremamente complessi, che determinano l'esigenza di un supporto costante e molto elevato e che, proprio a causa della grande variabilità all'interno dello spettro, necessita di interventi mirati, appropriati e, soprattutto, personalizzati;

da studi e indagini è emersa un'incidenza della sindrome da autismo molto elevata sulla popolazione: il *Center for disease control* di Atlanta ha stimato un'incidenza di nuovi nati con disturbo dello spettro autistico negli Usa pari a 1 ogni 54 persone (Cdc, 2016); peraltro, le ultime e più recenti stime del Cdc – *Centers for Disease Control and Prevention* di Atlanta

hanno registrato un dato ancora superiore, pari a 1 bambino su 44, con un ulteriore incremento rispetto alle precedenti rilevazioni, a conferma di una tendenza in aumento che non si è ancora assestata definitivamente; mentre in Europa, un più recente studio, condotto da *Autisme Europe*, prendendo in esame diversi Stati europei, ha stimato una incidenza pari a 1 su 89 nuovi nati (Asdeu, 2018);

quanto al nostro Paese – come denunciato dalle associazioni rappresentative per i diritti delle persone con disturbi dello spettro autistico – non vi sono purtroppo strumenti di raccolta dati in materia, né studi epidemiologici condotti su scala nazionale. Pertanto, gli unici dati attualmente disponibili in Italia sono il frutto di deduzioni, a partire dai sopra citati studi internazionali, nonché di proiezioni statistiche che si innestano su ricerche condotte in alcune realtà territoriali italiane; sulla base di tali proiezioni, in Italia, si stima che l'incidenza sia di 1:77 persone nate (dati Italia – Iss 2019) e che i disturbi dello spettro autistico abbiano una prevalenza di almeno uno su 100 e che riguardino all'incirca 600.000 famiglie;

a livello europeo, i disturbi dello spettro autistico vengono indicati come una condizione a elevato costo sanitario e impatto sociale, con riferimento a tutte le fasi di vita e a tutti gli ambiti d'intervento;

secondo l'VIII rapporto di monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, negli ultimi dieci anni il numero dei pazienti seguiti dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è quasi raddoppiato, mentre il numero degli operatori continua a diminuire (-10 per cento) (e la pandemia da COVID-19 ha messo ancora più in crisi i servizi di neuropsichiatria infantile), costringendo le famiglie a dover ricorrere sempre di più al settore privato, con costi rilevanti che, ancor più in tempi di crisi economica, sono sempre meno in grado di sostenere;

dal suddetto rapporto emerge, altresì, che l'Italia ha buoni modelli, norma-

tive e linee di indirizzo, ma assai poco applicati e con ampie diseguaglianze tra una regione e l'altra. Lo stanziamento di risorse continua ad essere insufficiente per garantire alle aziende sanitarie locali e ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di diffondere e consolidare la necessaria rete di strutture territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero che, in alcuni ambiti, appare addirittura in significativa diminuzione. Continuano ad esservi realtà in cui mancano gli stessi servizi territoriali o il personale è gravemente insufficiente o non si dispone di tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici; tuttavia, nonostante le risorse ancora insufficienti, regioni virtuose hanno implementato, già da diverso tempo, una rete funzionale di servizi per la diagnosi, la cura e la presa in carico globale della persona con disturbi dello spettro autistico, coerente con le linee di indirizzo approvate dalla Conferenza unificata nell'anno 2018;

la comunità scientifica ha affermato, altresì, che la diagnosi precoce (entro i primissimi anni di vita) e un trattamento « *evidence based* » mirato, tempestivo, intensivo e continuativo possano ridurre considerevolmente quelle disabilità funzionali e comportamentali proprie dei disturbi dello spettro autistico;

anche se molti bambini con disturbi dello spettro autistico vengono diagnosticati dopo i tre anni, molti bambini presentano i primi segnali già intorno ai dodici mesi. I primi a comparire sono i segni che riguardano aspetti comunicativi e sociali, come l'assenza di contatto oculare, la mancata comparsa di alcuni gesti comunicativi e la mancata risposta al nome. Durante la prima infanzia emergono inoltre anomalie nel comportamento di gioco e, nei bambini che sviluppano abilità verbali, anomalie nell'uso del linguaggio, come l'utilizzo di ecolalia, inversione pronominale e linguaggio idiosincratico. Per questo, diagnosi precoce e interventi tempestivi e appropriati possono migliorare le capacità comunicative, le autonomie individuali e sociali e la qualità della vita dell'intero nucleo familiare. Di solito, invece, la diagnosi si fa

intorno ai cinque anni, con circa tre anni di ritardo rispetto ai primi dubbi dei genitori. Sarebbe un grande risultato se una maggiore consapevolezza del problema suggerisse ai genitori di porre il quesito ai medici entro i diciotto mesi per giungere a una diagnosi entro i due anni. A questo obiettivo potrebbero contribuire anche i pediatri di libera scelta osservando i segnali di rischio di disturbo dello spettro autistico, inviando i piccoli pazienti tempestivamente e con accesso prioritario ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per la conferma diagnostica;

un'altra criticità che permane è rappresentata dalla drammatica scarsità di interventi e di servizi per l'età adulta; nelle linee di indirizzo elaborate dal Ministero della salute viene affrontato il tema, ma, per tale fase del ciclo vitale, non esiste ancora un vero e proprio atto di indirizzo;

come sottolineato dal mondo dell'associazionismo, infatti, uno dei momenti più delicati della vita delle persone con disturbi dello spettro autistico riguarda proprio il passaggio dalla scuola all'età adulta: al fine di scongiurare il ripetersi di situazioni di abbandono, isolamento e istituzionalizzazione, occorre quindi porre in essere programmi educativi e didattici di qualità e personalizzati, nonché potenziare i tirocini e i progetti di alternanza scuola-lavoro e di formazione professionale, con il supporto di professionisti adeguatamente formati in materia di disturbi dello spettro autistico;

a tal fine, è necessario operare una distinzione tra gestione emergenziale dei disturbi dello spettro autistico e progetto personalizzato di vita: mentre la prima, come previsto dai livelli essenziali di assistenza, vede la presa in carico da parte dei servizi sanitari per la gestione delle acuzie — presa in carico che deve durare per il tempo strettamente necessario alla remissione dell'emergenza —, il progetto personalizzato di vita, al contrario, deve necessariamente accompagnare la persona con disturbi dello spettro autistico per tutto l'arco della vita, al fine di autonomizzarla: emerge così la necessità di un approccio

non squisitamente medico-clinico, bensì di natura socio-sanitaria;

una prima risposta concreta di tutela e sensibilizzazione a livello legislativo nazionale si è avuta con la legge 18 agosto 2015, n. 134, recante « disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie », entrata in vigore il 12 settembre 2015 come prima legge nazionale sull'autismo, che prevede l'inserimento dei trattamenti per l'autismo nei livelli essenziali di assistenza (Lea), l'aggiornamento delle linee guida per la prevenzione, la diagnosi e la cura, la necessità di un efficace coordinamento tra le diverse strutture che hanno in carico persone la cui diagnosi rientra nell'ambito delle condizioni del neurosviluppo;

la suddetta legge prevede altresì l'adeguamento, da parte delle regioni, dei servizi di assistenza sanitaria e l'individuazione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico;

la legge 22 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità per il 2016) ha poi istituito all'articolo 1, comma 401, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo per la cura dei soggetti con disturbi dello spettro autistico, con una dotazione di 5 milioni di euro all'anno, incrementati di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019 e 2020 dalla legge 27 dicembre 2017, n. 205 (legge di bilancio per il 2018); da ultimo, la dotazione del suddetto Fondo è stata incrementata di 27 milioni di euro per l'anno 2022, al fine di favorire iniziative e progetti di carattere socioassistenziale e abilitativo per le persone con disturbo dello spettro autistico (articolo 1, commi 181-182, legge 30 dicembre 2021, n. 234, legge di bilancio per l'anno 2022);

un'altra risposta alle persone con disabilità grave è giunta con l'approvazione della legge 22 giugno 2016, n. 112, recante disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare; tale legge ha

istituito un Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave per attivare e potenziare programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità e per realizzare interventi innovativi di residenzialità e programmi di *empowerment*, abilitazione e sviluppo delle competenze necessarie alla gestione del quotidiano, con l'importante obiettivo per le persone con disabilità di una vita il più possibile autonoma;

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, concernente l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ha recepito, all'articolo 60, le disposizioni della legge n. 134 del 2015, prevedendo peraltro che il Servizio sanitario nazionale « garantisca alle persone con disturbi dello spettro autistico specifiche prestazioni di diagnosi precoce, cura e trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche »; nel decreto l'autismo rientra nell'elenco individuato all'allegato 8 (basato sull'ormai superato ICD 9), cui fa rinvio l'articolo 53 che garantisce il diritto all'esenzione dal *ticket* sanitario per le persone affette da malattie croniche e invalidanti; più nello specifico, il disturbo autistico è fatto rientrare (erroneamente) fra le condizioni di psicosi per le quali lo stesso allegato 8 riporta l'elenco delle prestazioni sanitarie (tra cui visite e sedute psicoterapiche, dosaggi di farmaci, esami clinici, eccetera) in esenzione dalla partecipazione al costo per i soggetti interessati;

il 10 maggio 2018 la Conferenza unificata ha approvato, infine, l'intesa sul documento recante « Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro autistico » secondo il quale il Ministero della salute in collaborazione con il Gruppo tecnico interregionale salute mentale (Gism) ha condotto una valutazione sul recepimento delle precedenti linee d'indirizzo (del 2012), dalla quale è emerso un diverso grado di recepimento

e differenti implementazioni a livello regionale e locale;

proprio come conseguenza del « modesto » recepimento delle linee d'indirizzo del 2012, l'intesa medesima ha ribadito quanto previsto all'articolo 4 della legge n. 134 del 2015, ossia che l'attuazione delle linee d'indirizzo, come aggiornate, costituisce adempimento ai fini della verifica del comitato permanente per la verifica dei Lea;

vieppiù nel mese di settembre 2018 l'Istituto superiore di sanità ha ufficializzato l'obiettivo di redigere, attraverso il Servizio sanitario nazionale, le linee guida sul disturbo dello spettro autistico, finalizzate a supportare i professionisti sanitari nella definizione del percorso diagnostico e terapeutico più appropriato e a creare una rete di sostegno e assistenza per i familiari e *caregiver* nella presa in carico integrata del minore, che deve coinvolgere l'intero contesto di vita (famiglia, scuola, luoghi di aggregazione, servizi territoriali sociali e sociosanitari), al fine di offrire un insieme di risposte mirate ai bisogni di natura abilitativa ed educativa e garantire altresì livelli omogenei di presa in carico e trattamento su tutto il territorio nazionale;

come dimostrano i risultati dei trattamenti scientifici *evidence based*, di cui alla linea guida n. 21 dell'Istituto superiore di sanità, i trattamenti elettivi in materia di autismo sono soprattutto di tipo cognitivo-comportamentale, di stretta integrazione socio-sanitaria, presupposto imprescindibile per attuare i progetti di vita indipendente, realizzare la progressiva deistituzionalizzazione e prevenire nuove future istituzionalizzazioni di persone con disturbi dello spettro autistico (nel rispetto dell'articolo 19 della Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità, dell'articolo 8 della legge n. 104 del 1992, delle missioni 5 e 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, dell'articolo 2, comma 2, lettera c), n. 12, della legge n. 227 del 2021, « Delega al Governo in materia di disabilità », i cui decreti attuativi devono ancora essere adottati);

ad oggi gli interventi psicoeducativi per i disturbi dello spettro autistico, validati da evidenze empiriche e di letteratura, fanno riferimento a una cornice teorica di stampo cognitivo-comportamentale, finalizzati a modificare il comportamento generale per renderlo funzionale ai compiti della vita di ogni giorno (alimentazione, igiene personale, capacità di vestirsi). La maggior parte di questi interventi si basano sulla tecnica ABA per l'autismo (*Applied Behavioural Analysis*). Il metodo ABA, in italiano « Analisi del comportamento applicata », si basa sull'uso della scienza del comportamento per la modifica di atteggiamenti socialmente significativi. Il punto di partenza è che ogni comportamento è scomponibile ed è caratterizzato da una causa antecedente ed una conseguenza, entrambi controllabili attraverso un'attenta analisi degli stessi ed un loro addestramento;

l'onerosità del trattamento ABA è tale per cui le famiglie si trovano in maggiore difficoltà dovendo sopportare il costo senza nessun aiuto, in quanto il Servizio sanitario nazionale, attualmente, non riconosce questa cura come necessaria e indispensabile ai soggetti richiedenti;

al progredire delle conoscenze in campo scientifico e clinico e all'aumento dell'attenzione posta dal legislatore nei confronti dell'autismo negli ultimi anni, non sempre hanno fatto seguito adeguati stanziamenti, né è sempre corrisposto un aumento della capacità di un'adeguata presa in carico da parte delle istituzioni dei bisogni complessi e crescenti legati all'autismo tanto che si sono spesso etichettate come « invisibili » le persone con disturbi dello spettro autistico e le loro famiglie, sulle quali ricade quasi per intero l'onere dell'assistenza, con il conseguente impoverimento sociale, relazionale ed economico;

ciò è stato reso ancor più evidente dall'impatto prodotto dalle restrizioni imposte dalla pandemia da COVID-19, che ha comportato – a causa dell'interruzione dei servizi socio-sanitari e di assistenza e dell'estrema difficoltà da parte degli studenti con disturbi dello spettro autistico di fre-

quentare la scuola in presenza, quanto meno in « prima ondata », nonché di aver accesso alla didattica a distanza e integrata in maniera rispondente ai loro bisogni — un aumento dei casi di acuzie e *post-acuzie*, nonché un ulteriore aumento del carico di cura sui familiari delle persone con disturbi dello spettro autistico, sui quali già in via ordinaria spesso grava tale assistenza quasi in via esclusiva, a causa della scarsità di servizi adeguati nei diversi territori;

pertanto, nonostante gli importanti passi in avanti fatti grazie alla legge approvata nel corso della XVII legislatura e alle citate leggi e decreti successivi, è ancora necessario dare attuazione alle linee guida e garantire un'attuazione della normativa nazionale uniforme e tempestiva, assicurando una maggiore omogeneità di trattamento in tutte le regioni con un'attenzione che non sia limitata al solo piano clinico-sanitario, ma che si basi su una reale e paritaria integrazione tra ambito medico e sociale, come richiesto dalla Classificazione ICF dell'Oms, recepita anche dalla Convenzione delle Nazioni Unite;

la famiglia continua oggi a essere spesso la forma di *welfare* su cui grava il maggiore peso psicologico della difficile fragilità che ci si trova a dover affrontare quando ci siano persone con disturbi dello spettro autistico, bambini, adolescenti e adulti, ma anche economico, posto che è la famiglia che si trova sempre più spesso a gestire in solitudine, con rilevanti oneri, il familiare con disturbo dello spettro autistico;

oltre a ciò, spesso le famiglie non sono a conoscenza di tutti i servizi presenti sul territorio, a causa di una « frammentazione » degli stessi e della scarsità, della eterogeneità e della pluralità dei canali informativi in materia di presa in carico delle persone con disturbi dello spettro autistico;

è necessario pertanto arrivare ad una presa in carico omogenea su tutto il territorio nazionale della persona autistica e della sua famiglia, con azioni finalizzate

a garantire una vita migliore per le persone autistiche, indipendentemente dalla condizione di partenza;

è importante, inoltre, che la progettualità abbia una regia nel *case manager*, che attraverso un intervento a rete coinvolga l'insieme delle figure necessarie a portare avanti il progetto individuale in modo specifico per la persona e per la fase dell'età e a tal fine occorre potenziare i servizi pubblici sanitari e sociali, rafforzare l'integrazione con i servizi socioassistenziali di comuni e consorzi, nonché creare delle interazioni con il mondo della scuola, del terzo settore e dell'inserimento lavorativo;

va rilevato che costituisce un'esigenza inderogabile anche la definizione di interventi di sostegno ai *caregiver* familiari commisurato al lavoro di cura, promuovendo anche servizi di assistenza e supporto al genitori e ai fratelli-sorelle di persona con disabilità (*siblings*) per affrontare nel modo migliore la diagnosi e il percorso di vita del proprio congiunto disabile, in special modo nei casi in cui la condizione comporti un carico assistenziale gravoso e un importante impatto dal punto di vista psicologico e dell'organizzazione della vita quotidiana,

impegna il Governo:

- 1) ad attivarsi per l'istituzione di una rete scientifica ed epidemiologica coordinata a livello nazionale che, anche in raccordo con analoghe esperienze in ambito europeo o internazionale, promuova studi e ricerche finalizzati a raccogliere dati di prevalenza nazionale aggiornati e il monitoraggio delle traiettorie di sviluppo e della presa in carico delle persone con disturbi dello spettro autistico, nonché il censimento delle buone pratiche terapeutiche, di inserimento lavorativo ed educative dedicate a questo tema;
- 2) ad adottare iniziative di competenza volte a favorire il potenziamento, in termini di risorse umane, dei servizi di neuropsichiatria infantile e dei dipar-

- timenti di salute mentale, al fine di assicurare, anche con la creazione di poli ad alta specializzazione, distinti per minori e per adulti e articolati secondo modelli *hub and spoke*, diagnosi e trattamenti accurati, precoci, tempestivi e completi, l'istituzione di *équipe* multidisciplinari e interdisciplinari idonee a consentire la stretta integrazione tra componente sanitaria, sociale ed educativa e una presa in carico adeguata attraverso il modello bio-psico-sociale nelle diverse età della vita, così da evitare i casi di acuzie e *post* acuzie, aumentati e amplificati in modo preoccupante durante il periodo della pandemia da COVID-19;
- 3) a promuovere il coordinamento della progettualità attraverso la figura del *case manager*, al fine di assicurare una valutazione complessiva dei bisogni dell'assistito e del relativo nucleo familiare, un'adeguata pianificazione dei supporti necessari, la continuità della presa in carico e la messa in rete delle figure professionali afferenti all'ambito sanitario, sociale, scolastico e/o lavorativo;
 - 4) ad assumere iniziative per incrementare in maniera strutturale, possibilmente entro il prossimo disegno di legge di bilancio, la dotazione del Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare di cui all'articolo 3 della legge 22 giugno 2016, n. 112;
 - 5) ad adottare iniziative di competenza per garantire sull'intero territorio nazionale in tutti gli ospedali, ivi inclusi i pronto soccorso, e nelle case di cura, da allestire e potenziare coi fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, percorsi dedicati con personale formato a gestire le persone con disturbi dello spettro autistico complessi e, in generale, le persone non collaboranti e/o non autosufficienti per le cure mediche e le indagini cliniche, prendendo spunto dalla Rete D.a.m.a. — *Disabled Advanced Medical Assistance*, prevenendo, per tali percorsi, la presenza del *caregiver* familiare e/o dell'assistente domiciliare e/o dell'educatore operatore e/o assistente alla comunicazione dedicato;
 - 6) ad adottare iniziative per definire, in attuazione dell'intesa sancita in sede di Conferenza unificata del 10 maggio 2018, nell'ambito della stipula del nuovo patto per la salute 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 516, della legge del 30 dicembre 2018, n. 145, un sistema di valutazione secondo indicatori oggettivi e misurabili di garanzia dei puntuali adempimenti delle linee di indirizzo su tutto il territorio nazionale, a valere come obiettivo strategico del Servizio sanitario nazionale, per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro autistico;
 - 7) ad adottare iniziative affinché, facendo esclusivo riferimento ai trattamenti cosiddetti «*evidence based*», che hanno cioè ricevuto validazione da parte della comunità scientifica internazionale, da un lato, sia riveduta la definizione di autismo del Dsm 5, che è stato incluso tra le psicosi nell'allegato al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, prevedendone invece l'inserimento all'interno dei disordini del neuro-sviluppo con conseguente aggiornamento dei Lea e, dall'altro lato, sia assicurato un puntuale aggiornamento e la successiva piena applicazione della Linea guida 21 sui disturbi dello spettro autistico in età evolutiva dell'Istituto superiore di sanità e al contempo l'elaborazione delle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico in tutte le età della vita, ai sensi della legge n. 134 del 2015, e del decreto ministeriale 30 dicembre 2016, nonché l'adozione del protocollo di sorveglianza evolutiva sviluppato dall'Istituto superiore di sanità e dalle principali sigle professionali e scientifiche della pediatria, neuropsichiatria infantile e neonatologia, per

- un efficace coordinamento tra pediatri di base e personale che lavora negli asili nido, neonatologie e unità di neuropsichiatria infantile, al fine di intercettare precocemente l'emergere di anomalie comportamentali in bambini ad alto rischio e nella popolazione generale e per fornire una diagnosi provvisoria a 18 mesi e una diagnosi stabile a 24 mesi di età;
- 8) a garantire che le raccomandazioni delle linee guida sulle terapie sull'autismo di prossima pubblicazione dell'Istituto superiore di sanità vengano approvate nel più breve tempo possibile e ad adottare iniziative per assicurare, inoltre, l'accessibilità, in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, attraverso il Servizio sanitario nazionale, ove scientificamente validate, alle terapie, anche comportamentali, e ai percorsi assistenziali, riabilitativi, educativi, sociali;
- 9) ad adottare le iniziative di competenza per promuovere un adeguamento delle competenze in psichiatria nel trattamento di persone nello spettro autistico, nonché iniziative di formazione di tutte le figure professionali coinvolte nella presa in carico attraverso il modello bio-psico-sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico adulte, anche al fine di evitare un abuso di farmacoterapia e diagnosi errate, adottando iniziative, di concerto con le regioni e le università, per assicurare un'adeguata programmazione del fabbisogno di neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, fisioterapisti, terapisti della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali e assistenti sociali, al fine di garantire la completezza e il corretto funzionamento delle equipe multidisciplinari anche in situazioni emergenziali;
- 10) ad adottare le iniziative di competenza per sostenere e migliorare l'assistenza domiciliare da parte dei servizi assistenziali, riabilitativi e sociali della persona con disturbi dello spettro autistico, anche nelle forme più gravi, e della sua famiglia, anche attraverso il budget di salute, promuovendo e incrementando, per quanto di competenza su tutto il territorio nazionale, la realizzazione e l'attivazione di servizi territoriali adeguati e capillari affinché ogni persona possa trovare assistenza all'interno della propria regione, nonché sostegni economici, psicologici e di sollievo alle famiglie, valutando altresì, a tal fine, l'opportunità di garantire i Lep (livelli essenziali delle prestazioni) che integrano gli interventi socio-sanitari con quelli socio-assistenziali (legge n. 328 del 2000);
- 11) ad adottare le iniziative di competenza volte ad assicurare la progressiva deistituzionalizzazione e prevenire la futura istituzionalizzazione delle persone con disabilità, offrendo loro possibilità di vivere nei loro luoghi di residenza, anche in aree rurali, promuovendo – anche attraverso lo snellimento degli *iter* burocratici e agevolazioni fiscali – la creazione di esperienze di piccole comunità di tipo familiare e modelli di *cohousing*, villaggi polifunzionali integrati e fattorie sociali polivalenti e dando pratica attuazione al « Progetto di vita » in attuazione della legge n. 328 del 2000, della legge n. 227 del 2021 e del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) (Missioni 5 e 6), affinché, a partire dal profilo funzionale della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione, si individuino in coerenza con la Convenzione Onu e la classificazione Icf, quale sia il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali (istituzionali) e informali, che possano permettere alla stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di partecipare alla vita sociale e di avere, laddove possibile, una vita indipendente e di poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri;

- 12) ad adottare iniziative di competenza per implementare i dati epidemiologici e promuovere la digitalizzazione delle diagnosi e dei bisogni, al fine di tracciare una mappa dei servizi, capillarmente distribuiti sul territorio nazionale, a misura delle esigenze e delle prospettive di vita, finalizzando così gli investimenti in funzione non soltanto assistenziale, ma di recupero di un ruolo sociale attivo;
- 13) ad adottare iniziative per prevedere personale competente nelle scuole, ovvero psicopedagogisti e docenti formati, in materia di spettro autistico, di disturbi del neuro-sviluppo e delle disabilità intellettive, che statisticamente sono più del 70 per cento degli alunni con disabilità e/o con bisogni educativi speciali (Bes), considerato che la formazione del personale scolastico e parascolastico dovrebbe essere multidisciplinare (scienze dell'apprendimento, scienze sociali e altre) e dovrebbe permettere di approfondire gli aspetti sensoriali, i differenti stili relazionali, comunicativi e cognitivi, stabilendo, altresì, percorsi formativi di una nuova classe di educatori-assistenti-*tutor*-mediatori neuro-culturali per supportare in modo professionale e competente le persone autistiche nell'arco della vita;
- 14) ad adottare iniziative per garantire percorsi lavorativi per le persone con disturbo dello spettro autistico in virtù della legge n. 68 del 1999 sul collocamento mirato delle persone con disabilità, assicurando l'operatività capillare in tutto il territorio nazionale, nonché l'accessibilità, di strumenti che facilitino l'inserimento nel mercato del lavoro, come la certificazione delle competenze lavorative (di cui al sistema nazionale di certificazione delle competenze previsto dall'articolo 4, comma 58, della legge n. 92 del 2012) e promuovendo l'attivazione di laboratori delle arti e dei mestieri, il rafforzamento dei tirocini e di percorsi di abilitazione e occupazione in raccordo con le istituzioni scolastiche (esempio alternanza scuola-lavoro, percorso duale, tirocini lavorativi di terzo tipo a scopo inclusivo), nonché attraverso la formazione delle aziende e degli operatori del tessuto economico territoriale di riferimento sulle differenti competenze delle persone con disturbo dello spettro autistico;
- 15) a riconoscere, attraverso un'iniziativa normativa *ad hoc*, il ruolo fondamentale del *caregiver* familiare, cioè di colui che molto spesso si occupa a tempo pieno, in totale solitudine, di un familiare con grave disabilità;
- 16) ad adottare iniziative di competenza, in raccordo con le regioni, per garantire e prevedere, ove non siano già previste, azioni di monitoraggio capillare dei centri diurni e delle strutture assistenziali presenti sul nostro territorio in relazione alla tutela delle persone autistiche, con disabilità e non autosufficienti seguite, nell'ottica di migliorare i criteri per l'accreditamento, anche in chiave di specializzazione rispetto ai bisogni specifici delle persone con disturbi dello spettro autistico e di prevenire situazioni segreganti o la mancata o inadeguata gestione dei programmi psicoeducativi, abilitativi, occupazionali e assistenziali;
- 17) ad adottare iniziative di competenza per promuovere la partecipazione delle associazioni delle persone autistiche, delle famiglie e dei comitati ai tavoli istituzionali di riferimento e coordinamento e per supportare il mondo associativo, del volontariato e in generale del Terzo settore impegnato nella realizzazione di progetti di vita autonoma volti a realizzare l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico, sia sul piano lavorativo, sia sul piano della garanzia della piena accessibilità spazio-temporale (per esempio, della città e dei suoi spazi), anche assumendo iniziative per la semplificazione delle procedure per l'assegnazione di beni confiscati alla mafia o di proprietà degli enti locali,

quali immobili o terreni, per favorire la realizzazione di attività socio-educative-sportive e, altresì, l'imprenditoria, mediante, ad esempio, la realizzazione di fattorie sociali e dell'orticoltura;

- 18) ad adottare le iniziative normative di competenza volte ad assicurare che, anche in condizioni di emergenza, non si verifichi l'interruzione dei servizi educativi, socio-sanitari e di assistenza per le persone con disturbi dello spettro autistico e le loro famiglie, nonché siano poste in essere misure volte a garantire alle prime lo svolgimento di attività – scolastiche, educative o di altra natura – necessarie allo sviluppo delle proprie competenze, ad evitare la regressione delle stesse, nonché situazioni di crisi acuta o *post-acuta*;
- 19) ad adottare, per quanto di competenza, iniziative affinché in ogni polo diagnostico venga istituito un Pua (punto unico di accesso) per fornire alle famiglie e alle persone con disturbo dello spettro autistico tutte le indicazioni relative alle cure e agli interventi psicoeducativi, le indennità, i servizi assistenziali, sanitari, sociali a tutti gli strumenti di supporto disponibili sul territorio, a garantire in ogni caso la conoscenza di tali servizi anche mediante campagne di informazione e a porre in essere iniziative di sensibilizzazione che, alla luce degli studi scientifici *evidence based*, diffondano informazioni in materia di disturbi dello spettro autistico attendibili, scientificamente fondate e, soprattutto, volte alla promozione di una cultura non stigmatizzante e inclusiva di tutte le persone con disturbi dello spettro autistico.

(1-00543) (Nuova formulazione) « Villani, Siani, Noja, Bologna, Boldi, Versace, Stumpo, Lapia, Nappi, Barbuto, Manzo, Penna, Bella, Grippa, Del Sesto, Segneri, Melicchio, Lorefice, Del Monaco, Sportiello, Provenza, Fede-

rico, Misiti, Ianaro, D'Uva, Grillo, Ricciardi, Ruggiero, Flati, Invidia, Grimaldi, Bonafede, D'Arrando, Barzotti, Ciprini, Olgiati, Tuzi, Sut, Masi, Micillo, Orrico, Spadafora, Sarti, Mammi, Dall'Osso, Carnevali, Lorenzin, De Filippo, Rizzo Nervo, Pini, Lepri, Boschi, Rosato, Marco Di Maio, Fregolent, Ungaro, Occhionero, Vitiello, Baldini, Annibali, Bendinelli, Colaninno, Del Barba, Ferri, Gadda, Giachetti, Librandi, Migliore, Mor, Morretto, Nobili, Paita, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Panizut, Paolin, Patelli, Gava, Sutto, Tiramani, Polidori, Bagnasco, Bond, Brambilla, Novelli, Giannone ».

Si pubblica il testo riformulato della mozione Mandelli n. 1-00559, già pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta n. 608 del 2 dicembre 2021.

La Camera,

premesso che:

secondo recenti dati, oltre 5 milioni di italiani sono affetti da malattie, reumatologiche. Si tratta di circa centocinquanta forme di patologie infiammatorie e croniche che interessano le ossa, le articolazioni, i muscoli e in alcuni casi anche gli organi e i tessuti, provocando dolore e progressiva difficoltà nei movimenti. Le sole artriti e artrosi interessano il 16 per cento degli italiani e rappresentano le due malattie croniche più diffuse dopo l'ipertensione. Colpiscono sempre di più anche a causa dell'aumento dell'età media della popolazione. Anche se non vanno considerate come patologie solo ed esclusivamente, della terza età, gli anziani risultano comunque particolarmente esposti. In Italia il 32 per cento delle persone con più di 65 anni, utilizza farmaci antinfiammatori ed anti-reumatici per la cura, tra gli altri disturbi, di artriti e artrosi;

poiché il termine « reumatismo » racchiude qualsiasi dolore articolare e altri

dolori alle strutture connesse alle articolazioni, si può oscillare da semplici dolori passeggeri fino a malattie vere e proprie. Sono patologie molto differenti, tra di loro sia per come si manifestano (sintomi) sia per le cause che le determinano, e i disturbi più severi, se non controllati e, curati adeguatamente, possono portare con sempre maggiore frequenza a ricoveri ospedalieri;

queste malattie frequentemente non danno segni subito e se non trattate adeguatamente possono portare nei casi più gravi anche all'invalidità;

per impedire che queste patologie abbiano un impatto negativo sulla qualità di vita della persona, è fondamentale la prevenzione. Grazie a diagnosi precoci, e a terapie mirate è possibile trattare queste malattie fin dall'inizio, evitando così che evolvano verso forme più severe;

si stima che in 3 casi su 10 di artrite reumatoide (una delle forme più comuni di reumatismo), diagnosticare la malattia nelle prime 16 settimane può ridurre il rischio di danni permanenti. La diagnosi è invece spesso tardiva in queste malattie, anche a causa della genericità dei sintomi, comuni a tante altre, al « fai da te » troppo diffuso e ai disturbi dovuti all'età;

la diagnosi precoce e quindi il tempestivo intervento terapeutico, oltre chiaramente alla prevenzione, se non quindi fondamentali contro le malattie reumatologiche e sono in grado di limitare notevolmente e in alcuni casi annullare la progressione del danno, con conseguente miglioramento della qualità di vita e della sopravvivenza delle persone colpite;

di fronte a questa vera e propria emergenza, la SIR (Società italiana di reumatologia) ha lanciato la prima campagna nazionale sulla Diagnosi Precoce, con l'obiettivo di raggiungere milioni di cittadini ancora ignari della propria patologia per indirizzarli al reumatologo, ricevere la corretta diagnosi e, se è il caso, la giusta terapia;

sotto questo aspetto è necessario valorizzare la figura del reumatologo, per

consentire alle persone che soffrono di questa patologia, un accesso alle migliori terapie. Questi malati, infatti, passano troppo frequentemente da un medico all'altro e si sottopongono spesso a esami inutili e superflui. L'importanza della diagnosi precoce, in queste patologie è ormai certificata da centinaia di studi e permette di intervenire con estrema efficacia grazie alle nuove terapie che in questi anni hanno arricchito l'armamentario a nostra disposizione;

fondamentale diventa quindi anche il ruolo del medico di famiglia, nel saper individuare i sintomi e indirizzare il paziente nel modo migliore;

dal 2° Rapporto APMARR-WeResearch: « Vivere con una malattia reumatica », del 2019, è emerso che sono oltre 5 milioni gli italiani, che convivono con malattie reumatiche, ma di questi sono ben 700 mila quelli colpiti da patologie severe, che comportano gravi problemi di disabilità;

in Italia 7 persone su 10 con patologie reumatologiche, hanno difficoltà a svolgere le attività abituali: studio, lavoro, attività familiari o di svago;

lunghi sono i tempi di attesa prima di poter fare una visita o un esame specialistico in una struttura pubblica: lo denunciano 7 persone su 10 affette da patologie reumatologiche. Oltre la metà delle persone (57 per cento) lamenta l'insufficienza nel numero di centri di reumatologia presenti sul territorio. Quasi 4 persone su 10 faticano a trovare uno specialista reumatologo per le cure;

la ragione di questi lunghi tempi di attesa è la scarsa diffusione sul territorio dei Centri di reumatologia: nel 69 per cento dei casi sono completamente assenti o presenti in numero insufficiente;

il problema della lunghezza delle liste d'attesa è particolarmente grave nel Centro-Sud dove in 9 casi su 10 (90,6 per cento) i tempi di attesa sono eccessivamente lunghi. Ciò costringe le persone a doversi rivolgere a strutture private o a

strutture lontane dal luogo di residenza, con conseguente aggravio di costi e sviluppo del fenomeno delle migrazioni sanitarie. Lo stesso discorso vale per la diffusione sul territorio dei centri di reumatologia: al Centro-Sud nell'84,4 per cento dei casi sono assenti o in numero insufficiente, con le persone costrette a dover percorrere lunghe distanze;

per superare tali criticità occorre valorizzare, in un'ottica di deospedalizzazione, le strutture ed i professionisti che operano sul territorio anche in ragione del vantaggio della prossimità che consente l'effettiva presa in carico del paziente e la migliore gestione dello stesso;

in tale ambito risulta fondamentale il servizio reso dalle farmacie di comunità capillarmente distribuite sul territorio ed il ruolo del farmacista che, in funzione delle specifiche competenze di cui è in possesso, è oggi in grado di proporsi come autorevole referente del percorso di cura, assumendo una posizione strategica nelle attività di potenziamento della sanità territoriale;

quanto all'approccio terapeutico, occorre considerare che i farmaci biosimilari rappresentano un'opzione di grande valore per i pazienti affetti da malattie reumatiche, consentendo il trattamento di un numero maggiore di pazienti e garantendo più salute a parità di risorse;

la scelta di prescrivere una cura con un farmaco biologico di riferimento o con un biosimilare rimane oggi una decisione affidata al medico specialista al quale è anche affidato il compito di contribuire a un utilizzo appropriato delle risorse ai fini della sostenibilità del sistema sanitario e la corretta informazione del paziente sull'uso dei biosimilari;

come precisato dall'AIFA, infatti, i medicinali biologici e biosimilari non possono essere considerati *sic et simpliciter* alla stregua dei prodotti generici, o equivalenti, e perciò sostituibili automaticamente dal farmacista senza consultare il medico prescrittore;

peraltro, incentivare il ricorso ai farmaci biosimilari significa assicurare van-

taggi ai pazienti in termini di salute ma anche di economicità in generale del sistema di assistenza e la diffusione di informazioni corrette, che possano generare affidamento nella sicurezza e nell'efficacia di tali farmaci, è fondamentale per promuoverne un maggiore utilizzo;

in tal senso occorre sostenere lo svolgimento di specifiche campagne di educazione terapeutica volte a promuovere, con il coinvolgimento dei medici e dei farmacisti, l'uso sicuro dei farmaci biosimilari,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare tutte le iniziative di competenza volte a dare soluzione alle esigenze delle persone affette da patologie reumatologiche, affinché possano essere garantite loro corrette; diagnosi precoci, anche attraverso il potenziamento dei centri per la diagnosi e la cura, garantendo cure di prossimità o domiciliari e una rete organizzativa e assistenziale che le supporti;
- 2) ad adottare tutte le iniziative di competenza per garantire il coinvolgimento dei farmacisti nell'ambito dello sviluppo e del potenziamento di una rete assistenziale dedicata alla cura delle patologie reumatiche, considerando l'apporto che tali professionisti: possono fornire in termini di presa in carico del paziente tramite il servizio professionale di monitoraggio e gestione della terapia reso nelle farmacie di comunità;
- 3) a prevedere il coinvolgimento dei farmacisti in specifiche campagne di educazione sanitaria volte a promuovere l'uso sicuro dei farmaci biosimilari;
- 4) ad adottare iniziative di competenza, per prevedere un potenziamento nella medicina territoriale con particolare riguardo ai reparti di reumatologia e degli ambulatori, che rappresentano il presidio decisivo per i pazienti reumatici nonché a valorizzare la figura del reumatologo, per consentire alle per-

sone che soffrono di questa patologia, un accesso alle migliori terapie;

- 5) ad adottare le opportune iniziative di competenza volte a potenziare e accelerare i tempi di attuazione del Piano nazionale delle cronicità (PNC), garantendone omogeneità su tutto il territorio nazionale, e far sì che ogni Regione abbia a disposizione risorse dedicate al PNC, al fine di garantire le tutele per i malati cronici, dei quali fanno parte coloro che sono affetti da malattie reumatologiche;
- 6) ad adottare iniziative di competenza per prevedere un potenziamento della formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, quali anello di congiunzione con gli specialisti sanitari coinvolti nella cura delle malattie reumatologiche, e al fine di favorire la diagnosi precoce e indirizzare il paziente nel modo migliore;
- 7) ad adottare le iniziative più opportune per coinvolgere le principali società scientifiche e associazioni di pazienti per individuare iniziative utili al miglioramento della presa in carico delle persone affette da malattie reumatiche;
- 8) ad adottare tutte le iniziative di competenza volte a favorire sempre di più innovativi e utili strumenti di diagnosi precoce e cura quali il teleconsulto e la telemedicina.

(1-00559) *(Nuova formulazione)* « Mandelli, Gemmato, Bagnasco, Elvira Savino, Novelli, Bond, Bram-

billa, D'Attis, Bellucci, Ferro, Marrocco ».

Ritiro di documenti di indirizzo.

I seguenti documenti sono stati ritirati dai presentatori:

Mozione Mandelli n. 1-00559 del 2 dicembre 2021;

Mozione Siani n. 1-00584 del 14 febbraio 2022;

Mozione Noja n. 1-00585 del 14 febbraio 2022;

Mozione Panizzut n. 1-00589 del 16 febbraio 2022;

Mozione Versace n. 1-00593 del 17 febbraio 2022.

Ritiro di un documento del sindacato ispettivo.

Il seguente documento è stato ritirato dal presentatore: Interpellanza urgente Bernardini n. 2-01425 del 16 febbraio 2022.

Trasformazione di documenti del sindacato ispettivo.

I seguenti documenti sono stati trasformati su richiesta dei presentatori:

Interpellanza Magi n. 2-01416 del 4 febbraio 2022 in interrogazione a risposta scritta n. 4-11505;

Interrogazione a risposta scritta De Filippo n. 4-11198 del 4 febbraio 2022 in interrogazione a risposta in Commissione n. 5-07645.

Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S. p. A.



18ALB0176800