

706.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	3	Nomine ministeriali (Comunicazione)	17
Missioni vevoli nella seduta del 13 giugno 2022	3	Atti di controllo e di indirizzo	18
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Ritiro di proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente)	3, 4, 5	Mozioni Bologna ed altri n. 1-00444 (Nuova formulazione), Bologna ed altri n. 1-00444, Lapia ed altri n. 1-00427, Vanessa Cattoi ed altri n. 1-00464 (Nuova formulazione), Vanessa Cattoi ed altri n. 1-00464, Villani ed altri n. 1-00660, Trizzino e Schullian n. 1-00661 e Carnevali ed altri n. 1-00663 concernenti iniziative in materia di prevenzione e cura delle malattie oncologiche, anche nel quadro del Piano europeo di lotta contro il cancro	19
Procedimento giudiziario ai fini di una deliberazione in materia di insindacabilità (Annunzio della pendenza)	6	Mozioni	19
Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di documenti)	6	Mozioni Romaniello, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia, Vianello, Trizzino, Cecconi, Ehm ed altri n. 1-00536 (Nuova formulazione) e Romaniello, Azzolina, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Vianello, Trizzino, Cecconi, Ehm ed altri n. 1-00536 concernenti iniziative per una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio	56
Corte costituzionale (Annunzio di sentenze).	7	Mozioni	56
Corte dei conti (Trasmissione di documenti).	9		
Documenti ministeriali (Trasmissione)	10, 11		
Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di documenti)	11		
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio)	12		
Garante del contribuente per la Toscana (Trasmissione di un documento)	17		

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

PAGINA BIANCA

COMUNICAZIONI

**Missioni valevoli
nella seduta del 13 giugno 2022.**

Amitrano, Aresta, Ascani, Baldelli, Birelli, Battelli, Bergamini, Berlinghieri, Enrico Borghi, Boschi, Brescia, Brunetta, Butti, Cancelleri, Carfagna, Casa, Castelli, Cavadoli, Cimino, Cirielli, Colletti, Colucci, Davide Crippa, D'Inca, D'Orso, D'Uva, Daddone, De Maria, Delmastro Delle Vedove, Di Stefano, Dieni, Fassino, Gregorio Fontana, Iliana Fontana, Frailis, Franceschini, Frusone, Galizia, Gallinella, Garavaglia, Gava, Gebhard, Gelmini, Giachetti, Giacomoni, Giorgetti, Gobato, Grande, Grimoldi, Guerini, Invernizzi, Iovino, Lapia, Liuni, Lollobrigida, Loreface, Losacco, Lupi, Macina, Maggioni, Magi, Mandelli, Marattin, Marin, Marzana, Migliore, Molinari, Molteni, Morrelli, Mulè, Mura, Nesci, Orlando, Parolo, Pastorino, Perantoni, Rizzo, Romaniello, Rosato, Rotta, Ruocco, Giovanni Russo, Sasso, Scalfarotto, Schullian, Serracchiani, Carlo Sibilio, Silli, Sisto, Spadoni, Speranza, Suriano, Tabacci, Tasso, Tateo, Vietina, Vignaroli, Leda Volpi, Zanettin, Zoffili.

Annuncio di proposte di legge.

In data 1° giugno 2022 è stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di legge d'iniziativa del deputato:

VALLASCAS: « Abrogazione dell'articolo 278 del codice penale, in materia di offese all'onore o al prestigio del Presidente della Repubblica » (3639).

In data 6 giugno 2022 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

CASU: « Modifiche all'articolo 5 del decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 209, e all'articolo 231 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, in materia di cancellazione dal pubblico registro automobilistico di veicoli fuori uso sottoposti a fermo amministrativo » (3640);

D'ORSO: « Istituzione dell'Ordine delle professioni educative e disciplina dell'esercizio delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista » (3641).

In data 7 giugno 2022 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

PRESTIPINO: « Modifiche al decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193, in materia di cessione frazionata di farmaci veterinari per gli animali da compagnia » (3642);

BELOTTI ed altri: « Disposizioni concernenti la formazione delle classi nelle scuole di ogni ordine e grado » (3643).

In data 8 giugno 2022 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

MAMMÌ: « Istituzione di una Commissione parlamentare di vigilanza e controllo sulle politiche statali riguardanti gli esercenti le professioni sanitarie » (3644);

NAVARRA ed altri: « Agevolazioni tariffarie per il trasporto marittimo nello Stretto di Messina in favore dei residenti

nelle città metropolitane di Messina e Reggio Calabria e altre disposizioni per garantire la continuità territoriale tra la Sicilia e la Calabria » (3645).

In data 10 giugno 2022 è stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di legge d’iniziativa dei deputati:

NOVELLI ed altri: « Disposizioni concernenti l’istituzione di albi regionali per la formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro » (3646).

Saranno stampate e distribuite.

Adesione di deputati a proposte di legge.

La proposta di legge IANARO ed altri: « Norme per la riorganizzazione e la promozione del settore termale nonché delega al Governo per l’adozione di un testo unico in materia di attività idrotermali » (3084) è stata successivamente sottoscritta dal deputato Benamati.

La proposta di legge D’ORSO ed altri: « Introduzione degli articoli 5-*bis* e 12-*bis* della legge 27 luglio 2000, n. 212, in materia di comunicazioni tra il contribuente e l’amministrazione finanziaria nonché di istanza di autotutela del contribuente » (3253) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Palmisano.

La proposta di legge MASI ed altri: « Disposizioni per la promozione del turismo sostenibile e istituzione dell’Agenzia nazionale per lo sviluppo del turismo responsabile e l’innovazione » (3370) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Palmisano.

La proposta di legge ASCARI ed altri: « Norme per la concessione di permessi lavorativi retribuiti ai familiari di persone scomparse » (3391) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Palmisano.

La proposta di legge ASCARI ed altri: « Introduzione dell’articolo 13-*bis* della legge 11 gennaio 2018, n. 4, in materia di cambio del cognome per le vittime del reato di

costrizione o induzione al matrimonio » (3454) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Palmisano.

La proposta di legge LOREFICE ed altri: « Modifica all’articolo 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e altre disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora » (3513) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Palmisano.

La proposta di legge MARTINCIGLIO ed altri: « Introduzione dell’articolo 5-*bis* della legge 27 luglio 2000, n. 212, concernente l’istituzione di una piattaforma telematica di giustizia predittiva in materia tributaria » (3593) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Palmisano.

La proposta di legge FORMENTINI ed altri: « Disciplina dei Comitati degli italiani all’estero nonché disposizioni e delega al Governo in materia di istituzione dei difensori civici degli italiani all’estero » (3619) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Piccolo.

Ritiro di proposte di legge.

In data 10 giugno 2022 la deputata Quartapelle Procopio ha comunicato di ritirare le seguenti proposte di legge:

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rattifica ed esecuzione dell’Accordo fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Kenya relativo al Centro spaziale Luigi Broglio – Malindi, Kenya, con Protocolli attuativi, fatto a Trento il 24 ottobre 2016 » (1075);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rattifica ed esecuzione dell’Accordo rafforzato di partenariato e di cooperazione tra l’Unione europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Repubblica del Kazakistan, dall’altra, con allegati, fatto ad Astana il 21 dicembre 2015 » (1078);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rattifica ed esecuzione della Convenzione sugli inquinanti organici persistenti, fatta a Stoccolma il 22 maggio 2001 » (1080);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rati-
fica ed esecuzione del Protocollo sui regi-
stri delle emissioni e dei trasferimenti di
sostanze inquinanti, fatto a Kiev il 21 mag-
gio 2003 » (1083);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rati-
fica ed esecuzione dell'Accordo di coope-
razione nel settore della difesa tra il Go-
verno della Repubblica italiana e il Go-
verno della Repubblica argentina, fatto a
Roma il 12 settembre 2016 » (1084);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rati-
fica ed esecuzione dell'Accordo tra la Re-
pubblica italiana e la Repubblica orientale
dell'Uruguay sulla cooperazione nel settore
della difesa, fatto a Roma il 10 novembre
2016 e a Montevideo il 14 dicembre 2016 »
(1085);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rati-
fica ed esecuzione dello Scambio di Note
per la proroga dell'Accordo di coope-
razione nel settore della difesa tra il Governo
della Repubblica italiana e il Governo della
Repubblica del Libano del 21 giugno 2004,
fatto a Beirut il 25 luglio e il 16 settembre
2016 » (1086);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rati-
fica ed esecuzione dell'Accordo tra il Go-
verno della Repubblica italiana e il Go-
verno della Mongolia sulla cooperazione
nel settore della difesa, fatto a Roma il 3
maggio 2016 » (1087);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rati-
fica ed esecuzione della Convenzione di
Minamata sul mercurio, con annessi, fatta
a Kumamoto il 10 ottobre 2013 » (1090);

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Rati-
fica ed esecuzione della Convenzione del
Consiglio d'Europa sulla manipolazione di
competizioni sportive, fatta a Magglingen il
18 settembre 2014 » (1095).

Le proposte di legge saranno pertanto
cancellate dall'ordine del giorno.

Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.

A norma del comma 1 dell'articolo 72
del Regolamento, i seguenti progetti di legge

sono assegnati, in sede referente, alle sot-
tointimate Commissioni permanenti:

I Commissione (Affari costituzionali):

PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIO-
NALE VALLASCAS ed altri: « Modifica del-
l'articolo 135 della Costituzione in materia
di composizione della Corte costituzionale
e nomina dei giudici della medesima » (3497)
*Parere delle Commissioni II e Commissione
parlamentare per le questioni regionali;*

LICATINI: « Modifica all'articolo 10 del
testo unico di cui al decreto legislativo 31
dicembre 2012, n. 235, in materia di in-
candidabilità alle cariche elettive negli enti
locali per i condannati per reati ambientali
commessi nell'esercizio della carica di sin-
daco » (3542) *Parere delle Commissioni II, V
e VIII.*

II Commissione (Giustizia):

ASSEMBLEA REGIONALE SICILIANA:
« Modifiche al decreto legislativo 7 settem-
bre 2012, n. 155, recante nuova organizza-
zione dei tribunali ordinari e degli uffici
del pubblico ministero, nonché disposizioni
in materia di circoscrizioni giudiziarie »
(3613) *Parere delle Commissioni I, V, XI,
XIV e Commissione parlamentare per le
questioni regionali.*

III Commissione (Affari esteri):

QUARTAPELLE PROCOPIO: « Disposi-
zioni concernenti il procedimento per la
ratifica dei trattati internazionali » (932)
*Parere delle Commissioni I, V e Commis-
sione parlamentare per le questioni regio-
nali.*

V Commissione (Bilancio e Tesoro):

CONSIGLIO REGIONALE DEL VE-
NETO: « Misure di rafforzamento per il
sostegno degli enti del Terzo settore: ride-
terminazione in aumento dell'ammontare
della quota dell'imposta sul reddito delle
persone fisiche liberamente destinabile in
base alla scelta del contribuente » (3633)
*Parere delle Commissioni I, VI, VII, VIII,
XII e Commissione parlamentare per le que-
stioni regionali.*

VII Commissione (Cultura):

DI GIORGI ed altri: « Istituzione del
Fondo per il sostegno e lo sviluppo della

comunità educante » (3598) *Parere delle Commissioni I, V, XI, XII e Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

VIII Commissione (Ambiente):

CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA: « Disposizioni per l'ampliamento delle tolleranze costruttive. Modifiche all'articolo 34-bis del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380 » (3638) *Parere delle Commissioni I, II, V, VII e Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

XI Commissione (Lavoro):

PORCHIETTO: « Deleghe al Governo per l'adozione di disposizioni in materia di consolidamento della posizione pensionistica individuale e di valorizzazione della complementarità tra previdenza pubblica e privata » (619) *Parere delle Commissioni I, V, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), VII e X.*

XII Commissione (Affari sociali):

MARROCCO ed altri: « Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche » (3548) *Parere delle Commissioni I, II, V, VI, XI, XIV e Commissione parlamentare per le questioni regionali;*

MARROCCO e SPENA: « Disposizioni sulla sepoltura dei feti umani » (3596) *Parere delle Commissioni I, II, V e Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Commissioni riunite VII (Cultura) e X (Attività produttive):

BILLI ed altri: « Modifiche al codice della proprietà industriale, di cui al decreto legislativo 10 febbraio 2005, n. 30, in materia di diritto di brevetto per le invenzioni dei ricercatori delle università, degli enti pubblici di ricerca, delle pubbliche amministrazioni e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico » (3615) *Parere delle Commissioni I, II, V, XI, XII, XIII e XIV.*

Commissioni riunite XI (Lavoro) e XII (Affari sociali):

PORCHIETTO: « Disposizioni per la tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e delega al Governo per la semplificazione e l'armonizzazione della normativa vigente » (618) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), IV, V, VII, VIII, IX, X, XIII, XIV e Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Annuncio della pendenza di un procedimento giudiziario ai fini di una deliberazione in materia di insindacabilità.

Con lettera pervenuta in data 9 giugno 2022, la deputata Giorgia Meloni ha rappresentato alla Presidenza – allegando la documentazione al riguardo – che è pendente nei suoi confronti un procedimento penale presso l'autorità giudiziaria di Roma (n. 51070/19 RG PM) per fatti che, a suo avviso, concernono opinioni espresse nell'esercizio delle sue funzioni parlamentari, ai sensi dell'articolo 68, primo comma, della Costituzione.

Tali atti sono stati assegnati alla competente Giunta per le autorizzazioni.

Trasmissione dalla Presidenza del Consiglio dei ministri.

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 1° giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge 15 marzo 2012, n. 21, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 maggio 2012, n. 56, concernente l'esercizio di poteri speciali inerenti agli attivi strategici nei settori dell'energia, dei trasporti e delle comunicazioni, l'estratto del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2022, recante l'esercizio di poteri speciali, mediante l'esercizio del potere di veto, in relazione alla notifica delle società Robox Spa, avente a oggetto la concessione in licenza non esclusiva in favore di Efort Intelligent Equipment Co. Ltd, di codici

sorgente impiegati nella produzione di robot e macchine automatizzate per l'industria, in particolare automobilistica (procedimento n. 91/2022).

Questo documento è trasmesso alla X Commissione (Attività produttive).

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 6 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, e dell'articolo 13, comma 6, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 novembre 2010, il conto finanziario della Presidenza del Consiglio dei ministri per l'anno 2021, approvato in data 1° giugno 2022.

Questo documento è trasmesso alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla V Commissione (Bilancio).

Annunzio di sentenze della Corte costituzionale.

La Corte costituzionale ha depositato in cancelleria le seguenti sentenze che, ai sensi dell'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari costituzionali), se non già assegnate alla stessa in sede primaria:

Sentenza n. 136 del 22 marzo – 3 giugno 2022 (Doc. VII, n. 892),

con la quale:

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 2 e 3 della legge della Regione autonoma Trentino-Alto Adige 11 luglio 2014, n. 5, recante « Modifiche alla legge regionale 26 febbraio 1995, n. 2 (Interventi in materia di indennità e previdenza ai Consiglieri della Regione autonoma Trentino-Alto Adige), come modificata dalle leggi regionali 28 ottobre 2004, n. 4, 30 giugno 2008, n. 4, 16 novembre 2009, n. 8, 14 dicembre 2011, n. 8 e 21 settembre 2012, n. 6, nonché alla legge regionale 23 novembre 1979, n. 5 (Determinazione delle indennità spet-

tanti ai membri della Giunta regionale), e successive modificazioni, volte al contenimento della spesa pubblica », sollevate, in riferimento agli articoli 2, 10, 11, 42, 97 e 117 della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Trento;

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 2 e 4 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 5 del 2014, nonché degli articoli 3 della legge della Regione Trentino-Alto Adige 28 ottobre 2004, n. 4 (Modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 26 febbraio 1995, n. 2 – Interventi in materia di indennità e previdenza ai Consiglieri della Regione Autonoma Trentino-Alto Adige), che introduce l'articolo 4-*bis* della legge della Regione Trentino-Alto Adige 26 febbraio 1995, n. 2 (Interventi in materia di indennità e previdenza ai consiglieri della Regione autonoma Trentino-Alto Adige), e 15 della legge della Regione Trentino-Alto Adige 21 settembre 2012, n. 6 (Trattamento economico e regime previdenziale dei membri del Consiglio della Regione autonoma Trentino-Alto Adige), sollevate, in riferimento all'articolo 97 della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Trento;

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 3 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 4 del 2004, che introduce l'articolo 4-*bis* della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 2 del 1995, 15 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 6 del 2012 e 4 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 5 del 2014, sollevate, in riferimento agli articoli 3, 38 e 53 della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Trento;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 2 e 4 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 5 del 2014, 3 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 4 del 2004, che introduce l'articolo 4-*bis* della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 2 del 1995, e 15 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 6 del 2012, sollevate, in riferimento agli articoli 4 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670 (Approvazione del testo unico delle

leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige), e 117, secondo comma, lettera *l*), della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Trento;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 2 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 5 del 2014, sollevata, in riferimento all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, in relazione all'articolo 2, comma 1, lettera *m*), del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174 (Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012), convertito, con modificazioni, nella legge 7 dicembre 2012, n. 213, dal Tribunale ordinario di Trento;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 2, 3 e 4 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 5 del 2014 e degli articoli 3 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 4 del 2004, che introduce l'articolo 4-*bis* della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 2 del 1995, e 15 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 6 del 2012, complessivamente sollevate, in riferimento agli articoli 3 e 117, primo comma, della Costituzione, in relazione all'articolo 6 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, dal Tribunale ordinario di Trento;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 2 e 3 della legge della Regione Trentino-Alto Adige n. 5 del 2014, sollevate, in riferimento agli articoli 64, 66, 68 e 69 della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Trento:

alla I Commissione (Affari costituzionali);

Sentenza n. 141 del 27 aprile – 7 giugno 2022 (Doc. VII, n. 895),

con la quale:

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 3,

commi 5 e 6, del decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119 (Disposizioni urgenti in materia fiscale e finanziaria), convertito, con modificazioni, nella legge 17 dicembre 2018, n. 136, sollevate, in riferimento agli articoli 3, 10, 11, 23, 24, 53, 81, 97, primo comma, e 111 della Costituzione, nonché all'articolo 113 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE), come modificato dall'articolo 2 del Trattato di Lisbona del 13 dicembre 2007 e ratificato dalla legge 2 agosto 2008, n. 130, e all'articolo 6 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, dalla Commissione tributaria regionale della Calabria:

alla VI Commissione (Finanze);

Sentenza n. 143 dell'11 maggio – 9 giugno 2022 (Doc. VII, n. 896),

con la quale:

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 2652, 2653 e 2668 del codice civile, sollevate, in riferimento agli articoli 3, 24 e 42 della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Roma, in composizione monocratica:

alla II Commissione (Giustizia).

La Corte costituzionale ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, secondo comma, della legge 11 marzo 1953, n. 87, copia delle seguenti sentenze che, ai sensi dell'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari costituzionali):

3 giugno 2022, Sentenza n. 135 del 26 aprile – 3 giugno 2022 (Doc. VII, n. 891),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale del comma 5 dell'articolo 37 della legge della Regione Siciliana 13 agosto 2020, n. 19 (Norme per il governo del territorio), come sostituito dall'articolo 12 della legge della Regione Siciliana 3 febbraio 2021, n. 2 (Intervento correttivo alla legge regionale

13 agosto 2020, n. 19 recante norme sul governo del territorio), nella parte in cui abroga i commi da 1 a 10 e 12 dell'articolo 10 della legge della Regione Siciliana 6 aprile 1996, n. 16 (Riordino della legislazione in materia forestale e di tutela della vegetazione), con riferimento ai boschi e alle fasce forestali;

dichiara l'illegittimità costituzionale del comma 6 dell'articolo 37 della legge della Regione Siciliana n. 19 del 2020, come sostituito dall'articolo 12 della legge della Regione Siciliana n. 2 del 2021;

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale del comma 4 dell'articolo 37 della legge della Regione Siciliana n. 19 del 2020, come sostituito dall'articolo 12 della legge della Regione Siciliana n. 2 del 2021, promosse, in riferimento all'articolo 14, lettere *f*) e *n*), del regio decreto legislativo 15 maggio 1946, n. 455, convertito in legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 2 (Approvazione dello statuto della Regione siciliana), e agli articoli 3, 9, 97 e 117, secondo comma, lettere *l*), *m*) e *s*), della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri;

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale del comma 5 dell'articolo 37 della legge della Regione Siciliana n. 19 del 2020, come sostituito dall'articolo 12 della legge della Regione Siciliana n. 2 del 2021, nella parte in cui abroga il comma 11 dell'articolo 10 della legge della Regione Siciliana n. 16 del 1996, promosse, in riferimento all'articolo 14, lettere *f*) e *n*), dello statuto speciale e agli articoli 3, 9, 97 e 117, secondo comma, lettere *l*), *m*) e *s*), della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri:

alla VIII Commissione (Ambiente);

7 giugno 2022, Sentenza n. 139 del 6 aprile – 7 giugno 2022 (Doc. VII, n. 893),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 6 della legge della Provincia autonoma di Bolzano 21 aprile 2017, n. 4

(Modifiche di leggi provinciali in materia di salute);

dichiara non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 48, comma 3, della legge della Provincia autonoma di Bolzano 5 marzo 2001, n. 7 (Riordino del servizio sanitario provinciale), sollevata, in riferimento agli articoli 3, 97, secondo comma, e 117, terzo comma, della Costituzione e agli articoli 5 e 9, primo comma, numero 10), del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670 (Approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige), dal Tribunale ordinario di Bolzano:

alla XII Commissione (Affari sociali);

7 giugno 2022, Sentenza n. 140 del 26 aprile – 7 giugno 2022 (Doc. VII, n. 894),

con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 66, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131 (Approvazione del testo unico delle disposizioni concernenti l'imposta di registro), nella parte in cui non prevede che la disposizione di cui al comma 1 non si applichi al rilascio della copia della sentenza o di altro provvedimento giurisdizionale, i quali debbano essere utilizzati per proporre l'azione di ottemperanza dinanzi al giudice amministrativo:

alla II Commissione (Giustizia).

Trasmissione dalla Corte dei conti.

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 8 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Unione nazionale mutilati per servizio (UNMS), per gli esercizi 2019 e 2020, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 570).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla XI Commissione (Lavoro).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 8 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Agenzia delle entrate – Riscossione, per l'esercizio 2020, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 571).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VI Commissione (Finanze).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 8 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria della Cassa nazionale di previdenza e assistenza per gli ingegneri e gli architetti liberi professionisti (INARCASSA), per l'esercizio 2020, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 572).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla XI Commissione (Lavoro).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 8 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria della Cassa di previdenza delle Forze armate, per l'esercizio 2020, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 573).

Questi documenti sono trasmessi alla IV Commissione (Difesa), alla V Commissione (Bilancio) e alla XI Commissione (Lavoro).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 9 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria di ALES – Arte Lavoro e Servizi Spa, per l'esercizio 2020, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 574).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VII Commissione (Cultura).

Trasmissione dal Ministro per la pubblica amministrazione.

Il Ministro per la pubblica amministrazione, con lettera in data 1° giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, la relazione sull'attività dell'Istituto nazionale di statistica, sulla raccolta, trattamento e diffusione dei dati statistici della pubblica amministrazione e sullo stato di attuazione del programma statistico nazionale, riferita all'anno 2021, cui è allegato il rapporto redatto dalla Commissione per la garanzia della qualità dell'informazione statistica a norma dell'articolo 12 del citato decreto legislativo n. 322 del 1989, riferito al medesimo anno (Doc. LXIX, n. 5).

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

Trasmissione dal Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

Il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, con lettere del 6 giugno 2022, ha trasmesso le note relative all'attuazione data rispettivamente alle risoluzioni conclusive FORMENTINI ed altri n. 8/00140 e LUPI ed altri n. 8/00141, ac-

colte dal Governo ed approvate dalla III Commissione (Affari esteri) nella seduta del 3 novembre 2021, sull'istituzione di un Inviato speciale del Governo italiano per la tutela della libertà religiosa, e alle risoluzioni LA MARCA ed altri n. 7/00744, FITZGERALDI NISSOLI e VALENTINI n. 7/00756, MIGLIORE e UNGARO n. 7/00761, accolte dal Governo ed approvate dalla medesima Commissione nella seduta del 16 dicembre 2021, sui servizi consolari.

Le suddette note sono a disposizione degli onorevoli deputati presso il Servizio per il Controllo parlamentare e sono trasmesse alla III Commissione (Affari esteri) competente per materia.

Trasmissione dal Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

Il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, con lettera in data 7 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, della legge 29 ottobre 1997, n. 374, la relazione sullo stato di attuazione della medesima legge n. 374 del 1997, recante norme per la messa al bando delle mine antipersona, riferita al secondo semestre del 2021 (Doc. CLXXXII, n. 9).

Questa relazione è trasmessa alla III Commissione (Affari esteri), alla IV Commissione (Difesa) e alla X Commissione (Attività produttive).

Trasmissione dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Il Ministero dell'economia e delle finanze ha trasmesso un decreto ministeriale recante una variazione di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, di pertinenza del centro di responsabilità « Dipartimento del tesoro », autorizzata, in data 7 giugno 2022, ai sensi dell'articolo 33, comma 4-*quinquies*, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

Questo decreto è trasmesso alla V Commissione (Bilancio).

Trasmissione dal Ministro della salute.

Il Ministro della salute, con lettera in data 8 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194, la relazione – per la parte di sua competenza – sullo stato di attuazione della medesima legge n. 194 del 1978, concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, contenente i dati definitivi dell'anno 2020 (Doc. XXXVII, n. 4).

Questa relazione è trasmessa alla XII Commissione (Affari sociali).

Trasmissione dal Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 1° giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 4 e 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, la relazione in merito alla proposta di regolamento del Consiglio che modifica il regolamento (UE, Euratom) 2021/768 del Consiglio, del 30 aprile 2021, per quanto riguarda le misure di esecuzione relative a nuove risorse proprie dell'Unione europea (COM(2022) 102 final).

Questa relazione è trasmessa alla V Commissione (Bilancio) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 7 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, secondo periodo, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, un documento concernente la posizione del Governo nell'ambito della procedura di consultazione pubblica avviata dalla Commissione europea sulla strategia dell'Unione europea in materia di sostanze chimiche sostenibili – regolamento sui prodotti cosmetici (revisione).

Questo documento è trasmesso alla XII Commissione (Affari sociali) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 6 e 7 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 4 e 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, le seguenti relazioni concernenti progetti di atti dell'Unione europea, che sono trasmesse alle sottoindicate Commissioni:

relazione in merito alla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che fissa condizioni armonizzate per la commercializzazione dei prodotti da costruzione, modifica il regolamento (UE) 2019/1020 e abroga il regolamento (UE) n. 305/2011 (COM(2022) 144 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – alla VIII Commissione (Ambiente) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea);

relazione in merito alla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio recante modifica dei regolamenti (UE) n. 1303/2013 e (UE) n. 223/2014 per quanto riguarda l'aumento del prefinanziamento a titolo delle risorse REACT-EU (COM(2022) 145 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – alla V Commissione (Bilancio) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea);

relazione in merito alla proposta modificata di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio recante modifica dei regolamenti (UE) n. 1303/2013 e (UE) n. 223/2014 per quanto riguarda l'aumento del prefinanziamento a titolo delle risorse REACT-EU (COM(2022) 162 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – alla V Commissione (Bilancio) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea);

relazione in merito alla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Con-

siglio sulla protezione delle persone attive nella partecipazione pubblica da procedimenti giudiziari manifestamente infondati o abusivi («azioni legali strategiche tese a bloccare la partecipazione pubblica») (COM(2022) 177 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – alla II Commissione (Giustizia) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, nel periodo dal 1° al 10 giugno 2022, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere, se non già assegnati alla stessa in sede primaria, della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

alla III Commissione (Affari esteri):

Proposta di decisione del Consiglio relativa alla posizione da adottare a nome dell'Unione europea in sede di sottocomitato per le indicazioni geografiche istituito dall'accordo di partenariato globale e rafforzato tra l'Unione europea e la Comunità europea dell'energia atomica e i loro Stati membri, da una parte, e la Repubblica d'Armenia, dall'altra, per quanto riguarda l'adozione del regolamento interno del sottocomitato per le indicazioni geografiche (COM(2022) 255 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 255 final – Annex);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Sedicesima relazione annuale 2021 sull'attuazione dell'assistenza dell'Unione ai sensi del regolamento (CE) n. 389/2006 del Consiglio, del 27 febbraio 2006, che istituisce uno strumento di sostegno finanziario per promuo-

vere lo sviluppo economico della comunità turco-cipriota (COM(2022) 256 final);

Proposta di decisione del Consiglio relativa alla conclusione, a nome dell'Unione europea, di un accordo sulla modifica degli elenchi di impegni specifici nel quadro dell'accordo generale sugli scambi di servizi al fine di integrare l'allegato 1 della dichiarazione relativa alla conclusione dei negoziati sulla regolamentazione interna dei servizi del 2 dicembre 2021 (COM(2022) 257 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 257 final – Annex);

Relazione della Commissione al consiglio – Diciottesima relazione sull'attuazione del regolamento (CE) n. 866/2004 del Consiglio, del 29 aprile 2004, e sulla situazione derivante dalla sua applicazione nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2021 (COM(2022) 258 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 258 final – Annex);

Proposta di decisione del Consiglio relativa alla posizione da adottare a nome dell'Unione europea in sede di Comitato degli ambasciatori ACP-UE in merito alla modifica della decisione n. 3/2019 del Comitato degli Ambasciatori ACP-UE, del 17 dicembre 2019, relativa all'adozione di misure transitorie a norma dell'articolo 95, paragrafo 4, dell'accordo di partenariato ACP-UE (COM(2022) 259 final);

Proposta di decisione del Consiglio che autorizza la Repubblica di Polonia a ratificare, nell'interesse dell'Unione europea, la modifica della convenzione per la conservazione e la gestione del merluzzo nella zona centrale del Mare di Bering (COM(2022) 263 final);

Comunicazione della Commissione al Consiglio – Informazioni finanziarie sul Fondo europeo di sviluppo – Fondo europeo di sviluppo (FES): esecuzione finanziaria 2021 e previsioni 2022-2025 (COM(2022) 264 final);

Proposta di decisione del Consiglio relativa ai contributi finanziari che le parti devono versare al Fondo europeo di sviluppo, compresa la seconda quota per il

2022 (COM(2022) 265 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 265 final – Annex);

alla IV Commissione (Difesa):

Comunicazione congiunta della Commissione europea e dell'Alto rappresentante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza al Parlamento europeo, al Consiglio europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sull'analisi delle carenze di investimenti nel settore della difesa e sulle prospettive di percorso (JOIN(2022) 24 final);

alla V Commissione (Bilancio):

Proposta di decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza della Polonia (COM(2022) 268 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 268 final – Annex);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, alla Banca centrale europea, al Comitato economico e sociale europeo, al Comitato delle regioni e alla Banca europea per gli investimenti – Semestre europeo 2022 – Pacchetto di primavera (COM(2022) 600 final);

Raccomandazioni di raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2022 e che formulano un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2022 rispettivamente dell'Austria (COM(2022) 601 final), del Belgio (COM(2022) 602 final), di Cipro (COM(2022) 604 final), della Germania (COM(2022) 606 final), dell'Estonia (COM(2022) 608 final), della Grecia (COM(2022) 609 final), della Spagna (COM(2022) 610 final), della Finlandia (COM(2022) 611 final), dell'Irlanda (COM(2022) 615 final), della Lituania (COM(2022) 617 final), del Lussemburgo (COM(2022) 618 final), della Lettonia (COM(2022) 619 final), di Malta (COM(2022) 620 final), del Portogallo (COM(2022) 623 final), della Slovenia (COM(2022) 626 final) e della Slovacchia (COM(2022) 627 final);

Raccomandazioni di raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di

riforma 2022 e che formulano un parere del Consiglio sul programma di convergenza 2022 rispettivamente della Bulgaria (COM(2022) 603 final), della Cechia (COM(2022) 605 final), della Danimarca (COM(2022) 607 final), della Croazia (COM(2022) 613 final), dell'Ungheria (COM(2022) 614 final), della Polonia (COM(2022) 622 final), della Romania (COM(2022) 624 final) e della Svezia (COM(2022) 625 final);

Raccomandazione di raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2022 della Francia (COM(2022) 612 final);

Raccomandazione di raccomandazione del Consiglio sulle politiche economiche dei Paesi Bassi e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2022 dei Paesi Bassi (COM(2022) 621 final);

Comunicazione della Commissione – Aggiornamento sulla sorveglianza rafforzata – Grecia, maggio 2022 (COM(2022) 629 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 629 final – Annex);

Relazione della Commissione – Belgio, Bulgaria, Cechia, Germania, Estonia, Grecia, Spagna, Francia, Italia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Malta, Austria, Polonia, Slovenia, Slovacchia e Finlandia – Relazione preparata a norma dell'articolo 126, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (COM(2022) 630 final);

alla VI Commissione (Finanze):

Proposta di direttiva del Consiglio che stabilisce norme sull'introduzione di un'agevolazione per ridurre la distorsione a favore del debito rispetto al capitale e sulla limitazione della deducibilità degli interessi ai fini dell'imposta sul reddito delle società (COM(2022) 216 final), corredata dal relativo documento di lavoro dei servizi della Commissione – Sintesi della relazione sulla valutazione d'impatto (SWD(2022) 146 final). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di

conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 7 giugno 2022;

alla IX Commissione (Trasporti):

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Piano d'azione per l'istituzione di corridoi di solidarietà UE-Ucraina per agevolare le esportazioni agricole dell'Ucraina e gli scambi bilaterali con l'Unione europea (COM(2022) 217 final);

alla X Commissione (Attività produttive):

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Interventi a breve termine nei mercati dell'energia e miglioramenti a lungo termine dell'assetto del mercato dell'energia elettrica (COM(2022) 236 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Risparmio energetico nell'Unione europea (COM(2022) 240 final);

Decisione di esecuzione della Commissione del 1.6.2022 relativa alla richiesta di registrazione di un'iniziativa dei cittadini europei dal titolo « *Good Clothes, Fair Pay* » (Bei vestiti, salari equi) a norma del regolamento (UE) 2019/788 del Parlamento europeo e del Consiglio (C(2022) 3631 final);

alla XI Commissione (Lavoro):

Proposta di decisione del Consiglio relativa agli orientamenti per le politiche degli Stati membri a favore dell'occupazione (COM(2022) 241 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 241 final – Annex);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio a norma dell'articolo 85, paragrafo 2, del regolamento (UE) n. 648/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 luglio 2012, sugli strumenti derivati OTC, le controparti

centrali e i repertori di dati sulle negoziazioni, modificato dal regolamento (UE) 2019/834, atta a valutare se siano state sviluppate soluzioni tecniche praticabili per il trasferimento da parte degli schemi pensionistici di garanzie in contanti e non in contanti come margini di variazione, nonché la necessità di eventuali misure volte a facilitare tali soluzioni tecniche praticabili (COM(2022) 254 final)

alla XII Commissione (Affari sociali):

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sullo spazio europeo dei dati sanitari (COM(2022) 197 final), corredata dai relativi allegati (COM(2022) 197 final – Annexes 1 to 4) e dal relativo documento di lavoro dei servizi della Commissione – Sintesi della relazione sulla valutazione d'impatto (SWD(2022) 132 final). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 7 giugno 2022;

alla XIII Commissione (Agricoltura):

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Applicazione delle norme sanitarie e ambientali dell'Unione europea ai prodotti agricoli e agroalimentari importati (COM(2022) 226 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Verso una pesca più sostenibile nell'Unione europea: situazione attuale e orientamenti per il 2023 (COM(2022) 253 final);

Proposta di regolamento del Consiglio recante modifica del regolamento (UE) 2022/109 che fissa, per il 2022, le possibilità di pesca per alcuni *stock* ittici e gruppi di *stock* ittici, applicabili nelle acque dell'Unione e, per i pescherecci dell'Unione, in determinate acque non dell'Unione (COM(2022) 275 final), corredata

dal relativo allegato (COM(2022) 275 final – Annex).

alle Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali):

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'esercizio della delega conferita alla Commissione a norma della decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio per l'aggiunta di sostanze alla definizione di « stupefacenti » (COM(2022) 251 final);

alle Commissioni riunite III (Affari esteri) e X (Attività produttive):

Comunicazione congiunta della Commissione europea e dell'Alto rappresentante dell'Unione europea per gli affari esteri e la politica di sicurezza al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Strategia UE di mobilitazione esterna per l'energia in un mondo che cambia (JOIN(2022)23 final);

alle Commissioni riunite V (Bilancio) e XIV (Politiche dell'Unione europea):

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/241 per quanto riguarda l'inserimento di capitoli dedicati al piano REPowerEU nei piani per la ripresa e la resilienza e che modifica il regolamento (UE) 2021/1060, il regolamento (UE) 2021/2115, la direttiva 2003/87/CE e la decisione (UE) 2015/1814 (COM(2022) 231 final), corredata dai relativi allegati (COM(2022) 231 final – Annexes 1 to 2). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 10 giugno 2022;

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio – Adeguamento tecnico del quadro finanziario pluriennale per il 2023 conformemente

all'articolo 4 del regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027 (COM(2022) 266 final), corredata dal relativo allegato (COM(2022) 266 final – Annex);

alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e X (Attività produttive):

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva (UE) 2018/2001 sulla promozione dell'uso dell'energia da fonti rinnovabili, la direttiva 2010/31/UE sulla prestazione energetica nell'edilizia e la direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica (COM(2022) 222 final). Questa proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 2 giugno 2022;

alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e XIII (Agricoltura):

Relazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Relazione sullo stato di avanzamento della strategia dell'Unione europea per la bioeconomia – Politica europea in materia di bioeconomia: situazione attuale e sviluppi futuri (COM(2022) 283 final).

La Commissione europea, in data 3 giugno 2022, ha trasmesso un nuovo testo della proposta di regolamento del Consiglio sull'istituzione e sul funzionamento di un meccanismo di valutazione e monitoraggio per verificare l'applicazione dell'*acquis* di Schengen, che abroga il regolamento (UE) n. 1053/2013 (COM(2021) 278 final/2), che sostituisce il documento COM(2021) 278 final, già assegnato, in data 8 luglio 2021, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alla I Commissione (Affari costituzionali), con il parere della

XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), nonché alla medesima XIV Commissione ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà.

La Commissione europea, in data 7 giugno 2022, ha trasmesso un nuovo testo documento di lavoro dei servizi della Commissione – Relazione per paese 2022 – Italia, che accompagna il documento raccomandazione di raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2022 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2022 dell'Italia (SWD(2022) 616 final/2), che sostituisce il documento SWD(2022) 616 final, già assegnato, in data 24 maggio 2022, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alla V Commissione (Bilancio), con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 7 e 9 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, progetti di atti dell'Unione europea, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi.

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

Nell'ambito dei predetti atti, il Governo ha altresì richiamato l'attenzione sulla comunicazione della Commissione – Orientamenti sui piani per la ripresa e la resilienza nel contesto di REPowerEU (C(2022) 3300 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite V (Bilancio) e XIV (Politiche dell'Unione europea).

Con le predette comunicazioni, il Governo ha inoltre richiamato l'attenzione sui seguenti documenti, già trasmessi dalla Commissione europea e assegnati alle competenti Commissioni, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento:

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sullo spa-

zio europeo dei dati sanitari (COM(2022) 197 final);

Proposta di direttiva del Consiglio che stabilisce norme sull'introduzione di un'agevolazione per ridurre la distorsione a favore del debito rispetto al capitale e sulla limitazione della deducibilità degli interessi ai fini dell'imposta sul reddito delle società (COM(2022) 216 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Piano d'azione per l'istituzione di corridoi di solidarietà UE-Ucraina per agevolare le esportazioni agricole dell'Ucraina e gli scambi bilaterali con l'Unione europea (COM(2022) 217 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Piano REPowerEU (COM(2022) 230 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Interventi a breve termine nei mercati dell'energia e miglioramenti a lungo termine dell'assetto del mercato dell'energia elettrica (COM(2022) 236 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Risparmio energetico nell'Unione europea (COM(2022) 240 final);

Proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio relativa alla mobilitazione del Fondo europeo di adeguamento alla globalizzazione per i lavoratori espulsi dal lavoro a seguito di una domanda presentata dalla Grecia — EGF/2021/008 EL/Attica electrical equipment manufacturing (COM(2022) 248 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio — Verso una pesca più sostenibile nell'Unione eu-

ropea: situazione attuale e orientamenti per il 2023 (COM(2022) 253 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, alla Banca centrale europea, al Comitato economico e sociale europeo, al Comitato delle regioni e alla Banca europea per gli investimenti — Semestre europeo 2022 — Pacchetto di primavera (COM(2022) 600 final);

Relazione della Commissione — Belgio, Bulgaria, Cechia, Germania, Estonia, Grecia, Spagna, Francia, Italia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Malta, Austria, Polonia, Slovenia, Slovacchia e Finlandia — Relazione preparata a norma dell'articolo 126, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (COM(2022) 630 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Attirare competenze e talenti nell'Unione europea (COM(2022) 657 final).

Trasmissione dal Garante del contribuente per la Toscana.

Il Garante del contribuente per la Toscana, in data 1° giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 13, comma 13-*bis*, della legge 27 luglio 2000, n. 212, la relazione sullo stato dei rapporti tra fisco e contribuenti nel campo della politica fiscale in Toscana, riferita all'anno 2021.

Questa relazione è trasmessa alla VI Commissione (Finanze).

Comunicazione di nomine ministeriali.

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 7 giugno 2022, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19, comma 9, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, la comunicazione concernente il conferimento al dottor Roberto Tartaglia, ai sensi del comma 4 del medesimo articolo 19, dell'incarico di livello dirigenziale generale

di vice capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, nell'ambito del Ministero della giustizia.

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

Atti di controllo e di indirizzo.

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

MOZIONI BOLOGNA ED ALTRI N. 1-00444 (NUOVA FORMULAZIONE), BOLOGNA ED ALTRI N. 1-00444, LAPIA ED ALTRI N. 1-00427, VANESSA CATTOI ED ALTRI N. 1-00464 (NUOVA FORMULAZIONE), VANESSA CATTOI ED ALTRI N. 1-00464, VILLANI ED ALTRI N. 1-00660, TRIZZINO E SCHULLIAN N. 1-00661 E CARNEVALI ED ALTRI N. 1-00663 CONCERNENTI INIZIATIVE IN MATERIA DI PREVENZIONE E CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE, ANCHE NEL QUADRO DEL PIANO EUROPEO DI LOTTA CONTRO IL CANCRO

Mozioni

La Camera,

premessi che:

i tumori rappresentano uno dei principali problemi sanitari a livello europeo, oggetto delle azioni e delle politiche sanitarie dell'Unione europea, nonché la seconda causa di mortalità dopo le malattie cardiovascolari. Pertanto, nella definizione e nell'attuazione delle politiche e dell'attività dell'Unione europea viene garantito un elevato livello di protezione della salute umana, al fine di incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri e di migliorare la complementarità dei loro servizi sanitari;

l'Europa, pur rappresentando un decimo della popolazione mondiale, conta un quarto dei casi di tumori nel mondo, numero che, secondo i dati dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, tenderà ad aumentare del 24 per cento entro il 2035, rendendo i tumori la prima causa di morte nell'Unione europea. Nel 2020 a 2,7 milioni di persone dell'Unione europea è stato diagnosticato un tumore e 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa di esso. Tali dati evidenziano la necessità per l'Unione europea di introdurre politiche sempre più efficaci a contrastare la patologia;

oltre a essere causa di grandi sofferenze fisiche ed emotive per i pazienti e per chi li circonda, i tumori gravano notevolmente sui sistemi sanitari, sull'economia e sulla società in generale. In Europa, infatti, si stima un impatto economico complessivo superiore ai 100 miliardi di euro l'anno;

la pandemia da COVID-19 ha avuto gravi ripercussioni sulle cure oncologiche, poiché ha determinato una diminuzione della prevenzione, ritardando gli *screening*, le diagnosi, e i trattamenti;

la pandemia ha inciso anche sulla prevenzione delle patologie Hpv- correlate, con riduzioni degli *screening* e delle vaccinazioni che potrebbero tradursi nel giro di pochi anni in aumento di lesioni precancerose, o tumori da *papillomavirus*;

stando ai dati rilasciati dal Ministero della salute, aggiornati al 30 dicembre 2020, il tasso di vaccinazione contro il virus Hpv dei giovani a partire dagli undici anni di età, già significativamente basso negli anni precedenti, è diminuito ulteriormente con la pandemia, non centrando l'obiettivo previsto dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 di coprire almeno il 95 per cento dei ragazzi e delle ragazze;

da decenni l'Unione europea è impegnata nella lotta contro i tumori, con

politiche volte a salvare la vita dei pazienti. Tuttavia, l'ultimo piano d'azione europeo in materia risale ai primi anni '90 e da allora si è assistito ad importanti progressi a livello mondiale nel trattamento della malattia;

la medicina personalizzata ha radicalmente cambiato la prognosi dei pazienti e, insieme alla ricerca e all'innovazione, con l'ausilio dalle tecnologie digitali, si sono raggiunti notevoli traguardi nella comprensione dei tumori; sussistono, però, ancora troppi ostacoli nell'accesso ai *test* di diagnostica molecolare, necessari per indirizzare i pazienti verso le terapie appropriate. I *test* diagnostici non sono sempre disponibili e dunque garantiti in maniera omogenea in tutte le regioni, creando forti disparità tra i cittadini italiani. È necessario perciò adottare un approccio trasversale, basato sulla centralità del paziente e sull'utilizzo delle nuove tecnologie, che rafforzi la cooperazione e migliori gli esiti clinici dei malati, ponendo fine alle disparità di accesso in termini di conoscenza, prevenzione, diagnosi e cure;

con l'intenzione di rendere l'Unione europea più resiliente e rispondendo a queste esigenze, la Commissione europea ha predisposto e presentato, il 3 febbraio 2021, il « Piano europeo di lotta contro il cancro », che riflette l'impegno politico a non lasciare nulla di intentato, agendo contro la malattia, mobilitando il potere collettivo dell'Unione europea verso un cambiamento a vantaggio della popolazione;

il Piano contiene la previsione di azioni concrete ed ambiziose, che sosterranno e integreranno gli sforzi profusi dagli Stati membri per alleviare le sofferenze causate dalla malattia. Il piano pone l'accento sulla ricerca e sull'innovazione, esplorando il potenziale della digitalizzazione e delle nuove tecnologie, introducendo strumenti finanziari a sostegno degli Stati membri. Nel perseguire l'obiettivo di affrontare l'interno decorso della patologia, il piano europeo prevede quattro aree di intervento: prevenzione, individuazione precoce della patologia, diagnosi e trattamento, migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici, accompagnate da dieci iniziative « faro »;

tra le linee d'azione del Piano europeo, la terza « iniziativa faro » mira a sostenere gli sforzi degli Stati membri volti ad estendere in maniera significativa la vaccinazione contro il *papillomavirus* nei ragazzi e nelle ragazze, con l'obiettivo di vaccinare almeno il 90 per cento della popolazione bersaglio entro il 2030, coerentemente con quanto previsto dalla Strategia globale dell'Organizzazione mondiale della sanità per l'eliminazione del cancro della cervice uterina;

l'« iniziativa faro » numero quattro intende promuovere un nuovo programma di *screening* dei tumori per aiutare gli Stati membri a garantire che il 90 per cento della popolazione che soddisfa i requisiti per lo *screening* del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto abbia la possibilità di sottoporvisi entro il 2025;

si consentirà di mettere in comune risorse e competenze a vantaggio dei Paesi europei, implementando la ricerca e la condivisione dei risultati ottenuti, garantendo parità d'accesso ai dati sanitari essenziali e offrendo ai pazienti assistenza e terapie migliori;

in questo quadro è interessante menzionare il piano d'azione « Samira », presentato il 5 febbraio 2021, volto a migliorare il coordinamento europeo nell'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari per la cura dei tumori e di altre malattie, garantendo altresì ai cittadini europei elevati *standard* di qualità nel trattamento della patologia e parità di accesso alla medicina personalizzata;

il Piano verrà rivisto periodicamente per verificare se le azioni poste in essere siano state sufficienti o se sarà necessario introdurre di aggiuntive per un efficace raggiungimento degli obiettivi prefissati. La prima revisione è programmata entro la fine del 2024;

saranno sfruttati tutti gli strumenti di finanziamento disponibili, con uno stanziamento complessivo di 4 miliardi di euro. Il nuovo programma « EU4Health » contribuirà con 1,25 miliardi di euro alle azioni

intraprese per contrastare la malattia, il programma quadro per la ricerca e l'innovazione « Orizzonte Europa » vi contribuirà con 2 miliardi di euro, seguito dal programma Erasmus+ con 500 milioni di euro, a sostegno dell'istruzione, della formazione e della ricerca in campo oncologico, e dal programma « Europa digitale » con 250 milioni di euro per investimenti in competenze digitali. Infine, ulteriori fondi per riforme e investimenti saranno previsti dal *Next generation EU* con 672,5 miliardi di euro, erogati sotto forma di prestiti e sostegno finanziario non rimborsabile. I fondi potranno essere utilizzati anche per investimenti nelle infrastrutture e nelle attrezzature sanitarie, nonché nella digitalizzazione sanitaria e nello sviluppo delle nuove tecnologie;

la Commissione, per implementare la cooperazione tra le istituzioni europee in relazione alle azioni intraprese, istituirà un « gruppo di attuazione del Piano di lotta contro il cancro », il quale definirà una tabella di marcia attuativa relativa allo *status* delle azioni avviate;

sul fronte italiano l'ultimo rapporto annuale dell'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), in collaborazione con l'Airtum (Associazione italiana registri tumori), denominato « I numeri del cancro in Italia », rileva come i tumori siano patologie in costante crescita in tutto il mondo. Si stimano 377 mila nuove diagnosi in Italia per tutto il 2020: 195.000 negli uomini e 182.000 nelle donne. Il tumore maggiormente diagnosticato è il carcinoma mammario (54.976, pari al 14,6 per cento di tutte le nuove diagnosi di tumore), seguito dal colon-retto (43.702), polmone (40.882), prostata (36.074) e vescica (25.942);

inoltre, il rapporto evidenzia come efficaci campagne di prevenzione, già adottate in Italia, e la disponibilità di terapie innovative abbiano migliorato le condizioni di vita del paziente, garantendogli il prosieguo di una vita sostanzialmente normale;

tuttavia, nel nostro Paese persistono ancora notevoli disparità nel trattamento

della patologia all'interno delle singole regioni, che determinano tempi e qualità delle prestazioni profondamente diversi e spesso conflittuali;

in particolare, l'*Osservatorio nazionale screening* (Ons) si è proposto di monitorare l'andamento dei programmi di *screening* durante la pandemia e uno degli strumenti preposti allo scopo è stata la conduzione di una indagine per misurare quantitativamente il ritardo accumulato e le capacità di recupero di ogni regione, con particolare riguardo allo *screening* cervicale, mammografico e coloretale; i dati hanno fornito un aggiornamento della stima quantitativa dei ritardi che si stanno accumulando nei programmi di *screening* oncologico;

la riduzione del numero di persone esaminate dipende non solo dalla riduzione del numero degli inviti, ma anche dalla tendenziale minore partecipazione nella fase immediatamente precedente il *lockdown* e successivamente alla riapertura. Tale riduzione è dovuta, almeno in parte, alla elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti, che può scoraggiarli dal recarsi in strutture di tipo sanitario. Dalle valutazioni riportate è emersa una riduzione della propensione alla partecipazione che è meno accentuata per lo *screening* cervicale e mammografico (-15 per cento), mentre è più elevata per lo *screening* coloretale (-20 per cento);

inoltre, dall'ultimo *report* di SaluteEquità, « Trasparenza e accesso ai dati sullo stato dell'assistenza ai pazienti NON COVID-19 », risulta che nel 2020 il 10 per cento dei cittadini ha rinunciato alle cure, circa la metà a causa del COVID-19, contro il 6,3 per cento del 2019. Nel periodo gennaio-settembre 2020, rispetto allo stesso periodo del 2019, sono stati svolti 2,1 milioni di *screening* oncologici in meno (-48,3 per cento). Questa riduzione ha prodotto 13.011 minori diagnosi che emergeranno quando la neoplasia sarà in fase avanzata. Inoltre, l'ultima Relazione sullo stato sanitario del Paese è del 2011-2013, per cui mancano una serie di dati ufficiali accessibili pubblicamente, fondamentali per di-

mensionare con precisione l'effettivo fenomeno;

L'ultimo documento tecnico di indirizzo dedicato al trattamento ed alla cura del cancro (Piano oncologico nazionale – Pon) risale al 2016 ed è attualmente in corso di aggiornamento. Oltre a definire le azioni programmatiche da intraprendere per la prevenzione, diagnosi e cura della patologia, è necessario fissare indicatori predefiniti per il raggiungimento delle *performance* regionali. Pertanto, sarebbe opportuno adottare un nuovo piano centrato sul paziente e sul suo percorso terapeutico che, come indicato nell'accordo Stato-regioni del 2019, individui nella rete oncologica il miglior modello organizzativo per un adeguato livello di accoglienza e integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, assicurando per tutti un equo accesso alle cure;

L'istituzione della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza ha colmato un vuoto che caratterizzava il Servizio sanitario nazionale, prevedendo un corretto conferimento dei dati regionali in un unico *database* nazionale, al fine di coordinare e monitorare lo stato di salute della popolazione, creando uno strumento strategico per la prevenzione (legge 22 marzo del 2019, n. 29);

È importante che le istituzioni prendano spunto dalle *best practice* già esistenti sul nostro territorio per ridisegnare i modelli di *governance* dell'assistenza sanitaria e della presa in carico del paziente oncologico;

a tal proposito, il progetto *Predict and Prevent*, avviato su dieci strutture specializzate a attualmente ancora in corso, rappresenta un esempio di iniziativa di successo condotta con l'obiettivo primario di tutelare la salute dell'osso nelle pazienti con carcinoma mammario in terapia ormonale adiuvante ma con la potenzialità di essere esteso su tutto il territorio nazionale e in altre aree terapeutiche;

il progetto dimostra che per presa in carico del paziente debba intendersi non soltanto l'individuazione della migliore te-

rapia oncologica, ma la valutazione di tutti quegli aspetti clinici legati al percorso terapeutico ed alle conseguenze dello stesso che debbono essere valutate da un *team* multidisciplinare, al fine di consentire una completa assistenza anche in ottica di prevenzione e contribuire al completo benessere psicofisico del paziente;

il Parlamento italiano si è espresso a più riprese nel corso di questa legislatura con atti di indirizzo politico votati all'unanimità in Assemblea e nelle Commissioni di merito, atti che fanno riferimento a meritorie iniziative delle principali associazioni di pazienti oncologici attive sul territorio nazionale che, negli ultimi anni, hanno svolto una costante attività di informazione e condivisione con deputati e sanatori. Dagli atti discendono impegni per il Governo in linea con quanto previsto dal piano europeo per la presa in carico e la cura dei pazienti oncologici e onco-ematologici in Italia;

i vantaggi legati all'utilizzo di strumenti come la telemedicina e le soluzioni tecnologiche e digitali per la salute pubblica fanno emergere il bisogno di utilizzarli non solo in emergenza, ma come *asset* da integrare in modo stabile nella gestione dell'assistenza e della cura delle patologie, anche oncologiche. Ne consegue la necessità di adottare un linguaggio condiviso e uniforme con sistemi informatici interoperabili;

particolare attenzione deve essere prestata alla presa in carico dei pazienti; in quest'ottica, in tema di carcinoma mammario, i Centri di senologia (*Breast Unit*) garantiscono una presa in carico del paziente multidisciplinare, riunendo funzionalmente tutti i servizi che sono coinvolti nella diagnosi, cura e riabilitazione delle pazienti con carcinoma mammario; questi centri intervengono, annualmente, in media, nel trattamento della patologia di almeno 150 nuovi casi di carcinoma mammario;

la Conferenza Stato-regioni, tramite intesa (n. 185/CRS), il 18 dicembre 2014, ha approvato le « linee di indirizzo sulle

modalità organizzative e assistenziali della rete dei centri di senologia ». L'intesa ha previsto, al punto 2, l'istituzione di un tavolo di coordinamento presso il Ministero della salute, con la partecipazione di esperti dello stesso Ministero, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano. Tuttavia, Ad oggi, il tavolo di coordinamento nazionale non ha esercitato compiutamente le proprie funzioni, e nonostante gli impegni presi dalle regioni, si continuano a rilevare difformità territoriali e regionali nell'attuazione delle *Breast Unit*;

L'attuazione di questa intesa non è completata, perché molte strutture non rispettano tutti i requisiti previsti: mancano servizi essenziali come chirurgia plastica, oncogenetica, psico-oncologica; non vengono svolte attività come la gestione del *follow-up*, la formazione del personale e alla ricerca; nella *Breast Unit* strutturate in più sedi manca una gestione centralizzata del percorso delle pazienti e le sedi secondarie non garantiscono sufficienti standard di qualità;

la commissione tecnica del Ministero della salute, incaricata del coordinamento e del monitoraggio delle reti dei Centri di senologia, non è mai stata resa operativa, con il risultato che permangono forti disparità tra le *Breast Unit* delle diverse regioni, generando iniquità e irragionevole disparità di trattamento;

infine, è fondamentale affrontare il tema del diritto all'oblio, perché le persone guarite dal cancro possano anche essere considerate guarite socialmente e accedere a servizi finanziari, assicurativi e sociali senza discriminazioni. Una recente risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 chiede che entro il 2025 tutti gli stati membri garantiscano questo diritto,

impegna il Governo:

1) ad assumere iniziative per adottare in ambito europeo politiche, coordinate tra gli Stati membri, volte a sostenere le quattro aree di intervento del Piano europeo contro il cancro;

- 2) ad adottare un nuovo documento tecnico di indirizzo (Piano oncologico nazionale – Pon) volto a ridurre il grande divario esistente tra gli ambiti regionali, prevedendo, altresì, un meccanismo di monitoraggio per la concreta attuazione del piano stesso, includendovi indicatori predefiniti per la valutazione delle *performance* regionali rispetto alla presa in carico e cura del paziente;
- 3) ad adottare iniziative per varare un Piano straordinario organizzativo e informativo per il recupero delle vaccinazioni contro il *papillomavirus*, per mantenere l'obiettivo di copertura del 95 per cento dei ragazzi e delle ragazze all'interno del Piano nazionale per la prevenzione vaccinale;
- 4) a sostenere il piano d'azione « Samira » per migliorare l'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari – in particolare le terapie radiocellulari di ultima generazione – per la cura dei tumori e di altre malattie;
- 5) ad avviare l'istituzione della Rete nazionale dei registri tumori e dei sistemi di sorveglianza e per il controllo sanitario della popolazione, consentendo l'adozione di strumenti informatici adeguati al compito;
- 6) ad adottare iniziative per dare effettiva operatività alle reti oncologiche (in base all'accordo Stato-regioni del 2019) come modello organizzativo di riferimento per assicurare a tutti un equo e omogeneo accesso alle cure;
- 7) a verificare che parte dei fondi del *Next generation EU* vengano utilizzati per investimenti nelle infrastrutture e nelle attrezzature sanitarie, oltre che nelle attività di ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e nuove tecnologie;
- 8) ad adottare iniziative per promuovere la ricerca in campo oncologico: da quella di base preclinica ad approcci traslazionali ed epidemiologici, sino alle sperimentazioni cliniche;
- 9) a promuovere campagne di *screening* per le popolazioni maggiormente a ri-

- schio, al fine di recuperare gli esami non eseguiti durante la pandemia e di incentivare l'attività di prevenzione secondaria;
- 10) a valutare l'adozione di iniziative per l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza (Lea) dei *test* di diagnostica molecolare per patologie per le quali esistano farmaci di precisione disponibili, per indirizzare i pazienti verso le terapie più appropriate;
 - 11) a promuovere l'uniforme accesso dei pazienti ai farmaci oncologici innovativi approvati dall'Agenzia italiana del farmaco su tutto il territorio nazionale;
 - 12) ad adottare iniziative per garantire, anche attraverso attività di monitoraggio, che tutti i centri delle reti oncologiche operino secondo elevati *standard* di qualità per il trattamento della patologia, anche nell'ottica di un approccio alla medicina personalizzata e di precisione;
 - 13) a valorizzare le *best practice* esistenti per promuovere, a livello territoriale, un approccio multidisciplinare che investa diversi specialisti, con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psicofisico complessivo del paziente oncologico;
 - 14) a promuovere la realizzazione di un'infrastruttura telematica che possa implementare i benefici dati dal sostegno e dai trattamenti tradizionali, ridisegnando i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) anche in un'ottica di integrazione ospedale-territorio e considerando le sedi più appropriate — ospedaliere o domiciliari, — per lo svolgimento o per l'erogazione dei bisogni clinici e riabilitativi;
 - 15) ad adottare le iniziative di competenza per predisporre l'aggiornamento e la relativa pubblicazione di tutte le rilevazioni ufficiali delle diverse istituzioni sanitarie — a partire dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese 2020-2021 — per misurare lo stato attuale dell'assistenza garantita ai pazienti « non COVID-19 », per rilevare le criticità nell'accesso alle cure e impostare subito un Piano nazionale di recupero del Servizio sanitario nazionale per gli assistiti « non COVID »;
 - 16) ad adottare iniziative per garantire l'implementazione e il monitoraggio delle *Breast Unit*, anche mediante il Tavolo di coordinamento ministeriale, facendo sì che esso verifichi con la collaborazione delle regioni, i casi di inadempienza dei servizi offerti, allo scopo di garantire l'accessibilità delle donne in centri che rispondano a requisiti specifici, secondo linee guida condivise e standard di qualità;
 - 17) ad adottare iniziative per lo screening mammografico sia per realizzare nuove strategie di comunicazione su scala nazionale per informare e fidelizzare le donne, sia per predisporre nuovi protocolli che prevedano la valutazione del livello di rischio individuale e percorsi specifici per le donne ad alto rischio, sia per redigere report ravvicinati e costanti sull'attività dello *screening* nelle varie regioni da parte dell'Osservatorio nazionale *screening*;
 - 18) ad adottare iniziative per assicurare il diritto all'oblio alle persone guarite dal cancro in linea con la risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 che chiede entro il 2055 che tutti gli Stati membri garantiscano questo diritto, rimuovendo ogni forma di discriminazione.
- (1-00444) (Nuova formulazione) « Bologna, Rospi, Silli, Benigni, Della Frera, Gagliardi, Napoli, Pedrazzini, Ruffino, Sorte ».
- La Camera,
- premesso che:
- i tumori rappresento uno dei principali problemi sanitari a livello europeo, oggetto delle azioni e delle politiche sanitarie dell'Unione europea di cui all'articolo

168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, nonché la seconda causa di mortalità dopo le malattie cardiovascolari. Pertanto, nella definizione e nell'attuazione delle politiche e dell'attività dell'Unione europea viene garantito un elevato livello di protezione della salute umana, al fine di incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri e di migliorare la complementarità dei loro servizi sanitari;

l'Europa, pur rappresentando un decimo della popolazione mondiale, conta un quarto dei casi di tumori nel mondo; numero che, secondo i dati dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, tenderà ad aumentare del 24 per cento entro il 2035, rendendo i tumori la prima causa di morte nell'Unione europea. Nel 2020 a 2,7 milioni di persone dell'Unione europea è stato diagnosticato un tumore e 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa di esso. Tali dati evidenziano la necessità per l'Unione europea di introdurre politiche sempre più efficaci a contrastare la patologia;

oltre a essere causa di grandi sofferenze fisiche ed emotive per i pazienti e per chi li circonda, i tumori gravano notevolmente sui sistemi sanitari, sull'economia e sulla società in generale. In Europa, infatti, si stima un impatto economico complessivo superiore ai 100 miliardi di euro l'anno;

la pandemia di COVID-19 ha avuto gravi ripercussioni sulle cure oncologiche, poiché ha determinato una diminuzione della prevenzione, ritardando le diagnosi, e dei trattamenti;

da decenni l'Unione europea è impegnata nella lotta contro i tumori, con politiche volte a salvare la vita dei pazienti. Tuttavia, l'ultimo piano d'azione europeo in materia risale ai primi anni '90 e da allora si è assistito ad importanti progressi a livello mondiale nel trattamento della malattia;

la medicina personalizzata ha radicalmente cambiato la prognosi dei pazienti e, insieme alla ricerca e all'innovazione, con l'ausilio dalle tecnologie digitali, si sono

raggiunti notevoli traguardi nella comprensione dei tumori; sussistono, però, ancora troppi ostacoli nell'accesso ai *test* di diagnostica molecolare, necessari per indirizzare i pazienti verso le terapie appropriate. I *test* diagnostici non sono sempre disponibili e dunque garantiti in maniera omogenea in tutte le regioni, creando forti disparità tra i cittadini italiani. È necessario perciò adottare un approccio trasversale, basato sulla centralità del paziente e sull'utilizzo delle nuove tecnologie, che rafforzi la cooperazione e migliori gli esiti clinici dei malati, ponendo fine alle disparità di accesso in termini di conoscenza, prevenzione, diagnosi e cure;

con l'intenzione di rendere l'Unione europea più resiliente e rispondendo a queste esigenze, la Commissione europea ha predisposto e presentato, il 3 febbraio 2021, il « Piano europeo di lotta contro il cancro », che riflette l'impegno politico a non lasciare nulla di intentato, agendo contro la malattia, mobilitando il potere collettivo dell'Unione europea verso un cambiamento a vantaggio della popolazione;

il piano contiene la previsione di azioni concrete ed ambiziose, che sosterranno e integreranno gli sforzi profusi dagli Stati membri per alleviare le sofferenze causate dalla malattia. Il piano pone l'accento sulla ricerca e sull'innovazione, esplorando il potenziale della digitalizzazione e delle nuove tecnologie, introducendo strumenti finanziari a sostegno degli Stati membri. Nel perseguire l'obiettivo di affrontare l'interno decorso della patologia, il piano europeo prevede quattro aree di intervento (prevenzione, individuazione precoce della patologia, diagnosi e trattamento, migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici) accompagnate da dieci iniziative « faro »;

si consentirà di mettere in comune risorse e competenze a vantaggio dei Paesi europei, implementando la ricerca e la condivisione dei risultati ottenuti, garantendo parità d'accesso ai dati sanitari essenziali e offrendo ai pazienti assistenza e terapie migliori;

in questo quadro è interessante menzionare il piano d'azione « Samira », pre-

sentato il 5 febbraio 2021, volto a migliorare il coordinamento europeo nell'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari per la cura dei tumori e di altre malattie, garantendo altresì ai cittadini europei elevati *standard* di qualità nel trattamento della patologia e parità di accesso alla medicina personalizzata;

il piano verrà rivisto periodicamente per verificare se le azioni poste in essere siano state sufficienti o se sarà necessario introdurne di aggiuntive per un efficace raggiungimento degli obiettivi prefissati. La prima revisione è programmata entro la fine del 2024;

saranno sfruttati tutti gli strumenti di finanziamento disponibili, con uno stanziamento complessivo di 4 miliardi di euro. Il nuovo programma « EU4Health » contribuirà con 1,25 miliardi di euro alle azioni intraprese per contrastare la malattia, il programma quadro per la ricerca e l'innovazione « Orizzonte Europa » vi contribuirà con 2 miliardi di euro, seguito dal programma Erasmus+ con 500 milioni di euro, a sostegno dell'istruzione, della formazione e della ricerca in campo oncologico, e dal programma « Europa digitale » con 250 milioni di euro per investimenti in competenze digitali. Infine, ulteriori fondi per riforme e investimenti saranno previsti dal *Next generation EU* con 672,5 miliardi di euro, erogati sotto forma di prestiti e sostegno finanziario non rimborsabile. I fondi potranno essere utilizzati anche per investimenti nelle infrastrutture e nelle attrezzature sanitarie, nonché nella digitalizzazione sanitaria e nello sviluppo delle nuove tecnologie;

la Commissione europea, per implementare la cooperazione tra le istituzioni europee in relazione alle azioni intraprese, istituirà un « gruppo di attuazione del Piano di lotta contro il cancro », il quale definirà una tabella di marcia attuativa relativa allo *status* delle azioni avviate;

sul fronte italiano l'ultimo rapporto annuale dell'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), in collaborazione con l'Airtum (Associazione italiana registri tu-

mori), denominato « I numeri del cancro in Italia », rileva come i tumori siano patologie in costante crescita in tutto il mondo. Si stimano 377 mila nuove diagnosi in Italia per tutto il 2020: 195.000 negli uomini e 182.000 nelle donne. Il tumore maggiormente diagnosticato è il carcinoma mammario (54.976, pari al 14,6 per cento di tutte le nuove diagnosi di tumore), seguito dal colon-retto (43.702), polmone (40.882), prostata (36.074) e vescica (25.942);

inoltre, il rapporto evidenzia come efficaci campagne di prevenzione, già adottate in Italia, e la disponibilità di terapie innovative abbiano migliorato le condizioni di vita del paziente, garantendogli il prosieguo di una vita sostanzialmente normale;

tuttavia, nel nostro Paese persistono ancora notevoli disparità nel trattamento della patologia all'interno delle singole regioni, che determinano tempi e qualità delle prestazioni profondamente diversi e spesso conflittuali;

dall'ultimo *report* di SalutEquità, « Trasparenza e accesso ai dati sullo stato dell'assistenza ai pazienti NON Covid-19 », risulta che nel 2020 il 10 per cento dei cittadini ha rinunciato alle cure, circa la metà a causa del COVID-19, contro il 6,3 per cento del 2019. Nel periodo gennaio-settembre 2020, rispetto allo stesso periodo del 2019, sono stati svolti 2,1 milioni di *screening* oncologici in meno (-48,3 per cento). Questa riduzione ha prodotto 13.011 minori diagnosi che emergeranno quando la neoplasia sarà in fase avanzata. Inoltre, l'ultima Relazione sullo stato sanitario del Paese è del 2011-2013, per cui mancano una serie di dati ufficiali accessibili pubblicamente, fondamentali per dimensionare con precisione l'effettivo fenomeno;

l'ultimo documento tecnico di indirizzo dedicato al trattamento ed alla cura del cancro (Piano oncologico nazionale – Pon) risale al 2016. Quest'ultimo aggiorna il precedente piano (2011-2013), il quale, pur indicando le azioni programmatiche da intraprendere per la prevenzione, diagnosi e cura della patologia, non ha fissato indica-

tori predefiniti per il raggiungimento delle *performance* regionali. Pertanto, sarebbe opportuno adottare un nuovo piano centrato sul paziente e sul suo percorso terapeutico che, come indicato nell'accordo Stato-regioni del 2019, individui nella rete oncologica il miglior modello organizzativo per un adeguato livello di accoglienza e integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, assicurando per tutti un equo accesso alle cure;

l'istituzione della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza ha colmato un vuoto che caratterizzava il Servizio sanitario nazionale, prevedendo un corretto conferimento dei dati regionali in un unico *database* nazionale, al fine di coordinare e monitorare lo stato di salute della popolazione, creando uno strumento strategico per la prevenzione (legge 22 marzo del 2019, n. 29);

il Parlamento italiano si è espresso a più riprese nel corso della XVIII legislatura con atti di indirizzo politico votati all'unanimità in Aula e nelle Commissioni di merito, atti che fanno riferimento a meritorie iniziative delle principali associazioni di pazienti oncologici attive sul territorio nazionale che, negli ultimi anni, hanno svolto una costante attività di informazione e condivisione con deputati e sanatori. Dagli atti discendono impegni per il Governo in linea con quanto previsto dal piano europeo per la presa in carico e la cura dei pazienti oncologici e onco-ematologici in Italia;

i vantaggi legati all'utilizzo di strumenti come la telemedicina e le soluzioni tecnologiche e digitali per la salute pubblica fanno emergere il bisogno di utilizzarli non solo in emergenza, ma come *asset* da integrare in modo stabile nella gestione dell'assistenza e della cura delle patologie, anche oncologiche. Ne consegue la necessità di adottare un linguaggio condiviso e uniforme con sistemi informatici interoperativi,

impegna il Governo:

1) ad assumere iniziative per adottare in ambito europeo politiche, coordinate

tra gli Stati membri, volte a sostenere le quattro aree di intervento del Piano europeo contro il cancro;

- 2) ad adottare un nuovo documento tecnico di indirizzo (Piano oncologico nazionale – Pon) volto a ridurre il grande divario esistente tra gli ambiti regionali, prevedendo, altresì, un meccanismo di monitoraggio per la concreta attuazione del piano stesso, includendovi indicatori predefiniti per la valutazione delle *performance* regionali rispetto alla presa in carico e cura del paziente;
- 3) a sostenere il piano d'azione « Samira » per migliorare l'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari – in particolare le terapie radiocellulari di ultima generazione – per la cura dei tumori e di altre malattie;
- 4) ad avviare l'istituzione della Rete nazionale dei registri tumori e dei sistemi di sorveglianza e per il controllo sanitario della popolazione, consentendo l'adozione di strumenti informatici adeguati al compito;
- 5) ad adottare iniziative per dare effettiva operatività alle reti oncologiche (in base all'accordo Stato-regioni del 2019) come modello organizzativo di riferimento per assicurare a tutti un equo e omogeneo accesso alle cure;
- 6) a verificare che parte dei fondi del *Next generation EU* vengano utilizzati per investimenti nelle infrastrutture e nelle attrezzature sanitarie, oltre che nelle attività di ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e nuove tecnologie;
- 7) ad adottare iniziative per promuovere la ricerca in campo oncologico: da quella di base preclinica ad approcci traslazionali ed epidemiologici, sino alle sperimentazioni cliniche;
- 8) a promuovere campagne di *screening* per le popolazioni maggiormente a rischio, al fine di recuperare gli esami non eseguiti durante la pandemia e di incentivare l'attività di prevenzione secondaria;

- 9) a valutare l'adozione di iniziative per l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza dei *test* di diagnostica molecolare per patologie per le quali esistano farmaci di precisione disponibili, per indirizzare i pazienti verso le terapie più appropriate;
- 10) a promuovere l'uniforme accesso dei pazienti ai farmaci oncologici innovativi approvati dall'Agenzia italiana del farmaco su tutto il territorio nazionale;
- 11) ad adottare iniziative per garantire, anche attraverso attività di monitoraggio, che tutti i centri delle reti oncologiche operino secondo elevati *standard* di qualità per il trattamento della patologia, anche nell'ottica di un approccio alla medicina personalizzata e di precisione;
- 12) a promuovere, a livello territoriale, un approccio multidisciplinare che investa diversi specialisti, con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psicofisico complessivo del paziente oncologico;
- 13) a promuovere la realizzazione di un'infrastruttura telematica che possa implementare i benefici dati dal sostegno e dai trattamenti tradizionali, ridisegnando i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali anche in un'ottica di integrazione ospedale-territorio e considerando le sedi più appropriate — ospedaliere o domiciliari, — per lo svolgimento o per l'erogazione dei bisogni clinici e riabilitativi;
- 14) ad adottare le iniziative di competenza per predisporre l'aggiornamento e la relativa pubblicazione di tutte le rilevazioni ufficiali delle diverse istituzioni sanitarie — a partire dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese 2020-2021 — per misurare lo stato attuale dell'assistenza garantita ai pazienti « non COVID-19 », per rilevare le criticità nell'accesso alle cure e im-

postare subito un Piano nazionale di recupero del Servizio sanitario nazionale per gli assistiti « non COVID ».

(1-00444) « Bologna, Rospi, Silli, Benigni, Della Frera, Gagliardi, Napoli, Pedrazzini, Ruffino, Sorte ».

La Camera,

premessò che:

l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), nell'ultimo rapporto denominato « I numeri del cancro in Italia » presentato nel mese di ottobre 2020 all'Istituto superiore di sanità, ha stimato 377 mila nuove diagnosi di cancro in Italia per tutto il 2020: di queste, 195.000 negli uomini e 182.000 nelle donne (nel 2019 erano, rispettivamente, 196.000 e 175.000). Il tumore più frequentemente diagnosticato, nel 2020, è stato il carcinoma della mammella (54.976, pari al 14,6 per cento di tutte le nuove diagnosi), seguito dal colon-retto (43.702), polmone (40.882), prostata (36.074) e vescica (25.492);

lo stesso rapporto, che è stato curato da Aiom, dall'Associazione italiana registri tumori (Airtum), dalla Società italiana di anatomia patologica e di citologia diagnostica (Siapec-Iap), dalla Fondazione Aiom, da Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) e Passi d'argento, fornisce tuttavia ulteriori e importanti dati che denotano anche i progressi effettuati nella lotta al cancro. L'efficacia delle campagne di prevenzione già adottate nel nostro Paese negli ultimi anni e delle terapie innovative messe a disposizione dalla ricerca scientifica contro il cancro ha determinato un complessivo aumento del numero delle persone che, dopo la diagnosi, sopravvivono e conducono una vita sostanzialmente normale: si parla di circa 3,6 milioni di persone in più (il 5,7 per cento dell'intera popolazione italiana), con un incremento del 37 per cento rispetto a 10 anni fa. Inoltre, almeno un paziente su quattro (quasi un milione di persone) è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito;

un altro dato importante, stimato nel 2020 e messo a confronto con i numeri del 2015, è quello relativo alla riduzione complessiva dei tassi di mortalità: sono in diminuzione sia negli uomini (-6 per cento) che nelle donne (-4,2 per cento). Nelle donne, infatti, la sopravvivenza a 5 anni raggiunge il 63 per cento, superiore rispetto a quella degli uomini (54 per cento): il dato è legato al fatto che nel sesso femminile il tumore più frequente sia quello della mammella e che la stessa neoplasia sia caratterizzata da una prognosi migliore rispetto ad altre neoplasie;

spostando lo sguardo a livello europeo, attualmente l'Europa, pur rappresentando un decimo della popolazione mondiale, conta un quarto dei casi totali di cancro nel mondo: il numero di vite perse a causa delle malattie oncologiche, a livello europeo, è destinato ad aumentare di oltre il 24 per cento entro il 2035 (dato dell'*International Agency for Research on Cancer* – WHO), rendendo il cancro la prima causa di morte in tutta l'Unione europea. Oltre all'impatto sanitario, non da meno è quello economico: tale impatto, sempre secondo le stime, ammonterebbe a 100 miliardi di euro annui in tutto il continente;

ai numeri citati, nell'ultimo anno, si è aggiunta l'emergenza sanitaria che dal febbraio del 2020 sta mettendo a dura prova i sistemi sanitari di tutti gli Stati membri dell'Unione europea. La pandemia da COVID-19 ha avuto, infatti, forti ripercussioni negative non solo sulla cura del cancro, ma soprattutto sulla prevenzione e sui trattamenti di cura, ritardando di fatto molte diagnosi e incidendo sull'accesso alle terapie. La illusoria diminuzione dei casi di cancro da inizio pandemia lascia, inoltre, presagire un futuro drastico aumento delle nuove diagnosi che, riscontrate in stadi avanzati della malattia, ridurranno ulteriormente la possibilità di trattamento e sopravvivenza dei pazienti e moltiplicheranno i costi economici dell'assistenza a carico dei sistemi sanitari nazionali;

a livello nazionale il COVID-19 ha drammaticamente colpito la rete oncologica italiana. In alcune regioni, in partico-

lar modo in quelle dove non esiste un sistema adeguato di rete oncologica operativa, si sono registrati casi – oltre che di ritardata diagnosi – di sospensione della continuità diagnostica e terapeutica o addirittura di mancata somministrazioni delle terapie, il tutto collegato ad un calo degli acquisti dei farmaci antitumorali su scala nazionale. Nonostante durante il *lockdown* si sia cercato di garantire una continuità nella presa in carico dei pazienti, con importanti sforzi da parte del personale sanitario, alcuni decisivi processi di *screening* (mammella, colon-retto, cervice uterina e altro) sono stati ritardati, interrotti o completamente sospesi in molte regioni. In altre realtà regionali, invece, grazie a reti oncologiche attive ed efficienti, seppur la lotta al cancro e il sostegno alla prevenzione abbiano subito una brusca frenata, sono stati costituiti nuovi e diversi modelli organizzativi per la prevenzione del tumore e la presa in carico del paziente. Tutto ciò descrive, dunque, soprattutto nel nostro Paese, un processo di lotta al cancro in generale e di gestione dei pazienti affetti da patologie oncologiche, decisamente non uniforme ovvero a doppia velocità: un modello organizzativo che va dunque ripensato sia su scala nazionale che a livello europeo, in particolare avviando o completando gli interventi di monitoraggio centralizzato delle diverse situazioni, che consentano l'individuazione delle maggiori criticità regionali e i relativi, indispensabili interventi;

in modo particolare, l'emergenza da COVID-19 ha sottolineato nel nostro Paese la forte sofferenza delle reti di cura territoriali e lo scarso sviluppo della sanità digitale. La scelta strategica italiana di riservare l'ospedalità all'acuzie (con un numero di posti letto ospedalieri che è tra i più bassi tra i Paesi europei a prodotto interno lordo equiparabile) comporterebbe inevitabilmente la necessità di potenziare l'assistenza territoriale, garantendo adeguate risposte assistenziali extraospedaliere al paziente cronico (tra cui è ormai assai spesso annoverato il paziente oncologico). L'utilizzo delle potenzialità della sanità digitale e della telemedicina ha invece consentito alle regioni italiane più vocate al-

l'innovazione di attenuare l'impatto negativo del COVID-19 sull'accessibilità alle cure ospedaliere, consentendo di mantenere da remoto le attività di continuità assistenziale;

nell'attuale situazione di disomogeneità di risposta assistenziale, non stupisce che l'Europa intenda farsi promotrice di un rinnovato impegno a favore della prevenzione del cancro, sfruttando questo importante momento di totale rivoluzione dei sistemi sanitari regionali e nazionali, puntando a modelli di trattamento e assistenza dei pazienti oncologici che siano moderni ed adeguati alle nuove sfide;

per far ciò una prima, importante risposta è stata fornita il 3 febbraio 2021: la Commissione europea, in un documento inviato al Parlamento europeo ed al Consiglio, ha infatti elaborato il nuovo « Piano europeo di lotta contro il cancro »;

il « Piano europeo di lotta contro il cancro » si propone di essere la risposta dell'Unione europea alle esigenze sino ad ora descritte nella presente mozione. Esso contiene azioni concrete e ambiziose, come lo stesso piano le definisce, che mirano a sostenere, coordinare e integrare gli sforzi profusi da tutti gli Stati membri per ridurre le conseguenze causate dal cancro sui pazienti e sulle loro famiglie e in maniera generale in tutta la società, sia a livello sanitario che a livello economico; obiettivo primario del piano è quello di far fronte all'intero decorso della patologia ed è strutturato su quattro ambiti di intervento: la prevenzione, l'individuazione precoce delle neoplasie, la diagnosi e il trattamento, la qualità di vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia. A questi si aggiungono nuovi obiettivi strategici, sostenuti da dieci iniziative faro e da molteplici azioni di sostegno, per aiutare gli Stati membri ad invertire la tendenza nella lotta contro il cancro e per fare in modo che si realizzi una suddivisione delle competenze e delle risorse in tutta l'Unione europea. Il piano sarà, inoltre, sostenuto dal nuovo programma « EU4Health » che, con altri strumenti messi a disposizione dall'Unione europea, si propone di fornire

agli Stati membri 4 miliardi di euro per coadiuvare gli sforzi nel rendere i propri sistemi sanitari più solidi e più efficaci nell'affrontare il cancro;

per quanto concerne la prevenzione il piano punta, altresì, sulla combinazione intelligente di dati sanitari e nuove tecnologie che consentirebbero lo sviluppo esponenziale della medicina personalizzata, la quale diventa un potente strumento per contrastare il cancro mediante strategie di prevenzione e trattamento su misura: i pazienti, in sintesi, ricevono terapie studiate e proposte su misura per il loro caso specifico. Questo, oltre a determinare una migliore risposta al trattamento, determina un calo della spesa per eventuali tentativi di cura e conseguenti possibili errori frutto di imprecise valutazioni della diagnosi del paziente;

le dieci iniziative « faro » che sosterranno il nuovo piano europeo, sono state così individuate:

a) inaugurazione, nel 2021, del nuovo centro di conoscenze sul cancro presso il centro comune di ricerca, allo scopo di agevolare il coordinamento delle iniziative scientifiche e tecniche;

b) avvio dell'iniziativa europea sull'*imaging* dei tumori nel 2022 per compilare un « atlante UE » di immagini relative al cancro, che metterà a disposizione di una vasta gamma di portatori di interessi nell'intero ecosistema di ospedali, ricercatori e innovatori, immagini anonimizzate di diagnosi di neoplasie;

c) sostenere gli sforzi della vaccinazione sistemica contro i *papillomavirus* umani di ragazze e ragazzi, in modo da puntare a debellare il carcinoma della cervice uterina e altri tumori causati da tali virus;

d) proposta di un nuovo programma di *screening* dei tumori sostenuto dall'Unione europea per aiutare gli Stati membri a garantire che il 90 per cento della popolazione dell'Unione europea che soddisfa i requisiti per lo *screening* del carcinoma della mammella, della cervice

uterina e del colon retto, abbia la possibilità di sottoporvisi entro il 2025;

e) istituzione, entro il 2025, della rete dell'Unione europea che collegherà i centri oncologici integrati nazionali riconosciuti in ogni Stato membro. Questo servirà a facilitare la diffusione di diagnosi e trattamenti di qualità garantita in tutta l'Unione europea;

f) avviare entro il 2021 la nuova iniziativa di diagnosi e trattamento del cancro per tutti, al fine di contribuire a migliorare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi dei tumori;

g) avviare l'iniziativa europea per comprendere le neoplasie (UNCAN.eu) nell'ambito della prevista missione contro il cancro, per migliorare la comprensione dell'insorgenza dei tumori;

h) utilizzo dei fondi del programma «EU4Health» per migliorare la vita dei malati di tumore per fornire, entro il 2022, una *smart card* del « sopravvissuto al cancro », al fine di riassumere la storia clinica dei pazienti e facilitare e monitorare le cure di *follow-up*;

i) istituire, entro il 2021, un registro delle disuguaglianze di fronte al cancro, il cui scopo sarà quello di individuare le tendenze, le disparità e le disuguaglianze tra Stati membri e regioni. Il registro individuerà le criticità e le specifiche aree di intervento per orientare gli investimenti e gli interventi a livello nazionale e dell'Unione europea nell'ambito del piano europeo di lotta contro tutte le neoplasie;

l) mettere in primo piano, entro il 2021, il cancro infantile, avviando l'iniziativa per aiutare i bambini affetti da tumore allo scopo di garantire che i minori abbiano accesso a un'individuazione, una diagnosi, un trattamento e una cura rapidi e ottimali. Tale iniziativa sarà finanziata nell'ambito del futuro programma «EU4Health»;

a sostegno del Piano saranno messi a disposizione ulteriori fondi, oltre a quelli previsti dal programma «EU4Health», come quelli del quadro di ricerca ed innovazione

«Orizzonte Europa» che potrebbe erogare fino a 2 miliardi di euro a sostegno di progetti di prevenzione e ricerca sul cancro; ed ancora, quelli del programma *Erasmus+* (con Istituto europeo di innovazione e tecnologia e azioni Marie Skłodowska-Curie) che potrebbe mettere a disposizione fino a 500 milioni di euro per progetti di istruzione e formazione; inoltre, vi saranno fondi per 250 milioni di euro derivanti dal programma «Europa digitale» per sostenere iniziative volte a investire in programmi digitali come i dati elettronici, la sicurezza informatica e le competenze digitali per il settore sanitario. I fondi della politica di coesione (Fondo europeo di sviluppo regionale, Fondo di coesione e Fondo sociale europeo plus), infine, sosterranno gli Stati membri e le rispettive regioni, affinché migliorino la resilienza, l'accessibilità e l'efficacia dei rispettivi sistemi sanitari;

un altro importante strumento, attraverso il quale gli Stati membri potrebbero decidere di sostenere la lotta al cancro e i progressi della ricerca scientifica, è il *Next generation EU*, con una dotazione complessiva di 672,5 miliardi di euro: un fondo del quale, al nostro Paese, spetta la parte più cospicua e che ammonta ad oltre 200 miliardi di euro;

al fine di agevolare il ricorso degli Stati membri agli strumenti di finanziamento messi a disposizione dall'Unione europea, la Commissione europea si propone di istituire un meccanismo di condivisione delle conoscenze per informare tutti i Paesi sui diversi meccanismi di accesso alle risorse;

nel prossimo futuro, come riportato dal documento consegnato dalla Commissione europea al Parlamento europeo ed al Consiglio, verrà istituito il gruppo di attuazione del Piano contro il cancro dell'Unione europea, che si riunirà costantemente per discutere e riesaminare l'attuazione del Piano strategico europeo contro il cancro e della prevista missione di «Orizzonte Europa»;

il Piano europeo di lotta contro il cancro sarà riesaminato entro la fine del 2024;

è opportuno ora più che mai, soprattutto in questo periodo di stravolgimenti a livello globale che stanno mettendo a dura prova la tenuta del tessuto sociale e dei sistemi sanitari dei Paesi di tutto il mondo, che l'Italia sostenga il Piano strategico europeo contro il cancro, facendosi promotrice di azioni concrete e immediate, occupando all'interno del gruppo di attuazione del piano di cui in premessa una posizione di prima linea;

la cura del cancro non può e non deve essere più esclusiva responsabilità del nostro sistema sanitario e del personale sanitario e socio-sanitario: occorre l'impegno di tutte le istituzioni, ad ogni livello, e di una vasta gamma di settori e portatori di interessi;

rendere la cura e l'assistenza omogenee su tutto il territorio, con particolare riferimento al nostro Paese, è oggi una necessità non più differibile e l'Italia può raggiungere questo obiettivo anche e soprattutto utilizzando, per avviare immediatamente il processo, le risorse del *Recovery Plan*: risulta necessario pensare alla rete oncologica italiana come a un'emergenza cui dover far fronte in tempi brevi, puntando al sostegno della qualità della vita dei pazienti. È un processo, questo, che mira a rendere il nostro un Paese più civile, solidale e promotore di una visione oncologica moderna ed avanzata,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative, nelle sedi competenti, per l'immediata attivazione delle principali misure contenute nel « Piano europeo di lotta contro il cancro » e a farsi promotore e parte attiva del gruppo di attuazione del piano stesso che verrà istituito nel prossimo futuro;
- 2) ad assumere tutte le iniziative opportune tese a colmare le differenze dei servizi assistenziali per la cura del cancro, tra regioni caratterizzate dall'es-

stenza di reti oncologiche efficienti e all'avanguardia e regioni caratterizzate da un'eccessiva mobilità passiva sull'oncologia;

- 3) ad adottare iniziative finalizzate ad omogeneizzare in tutto il contesto nazionale gli interventi in materia di rafforzamento dell'assistenza territoriale e di potenziamento delle reti di telemedicina, valorizzando il ruolo di tali strumenti nella piena attuazione dei processi di deospedalizzazione, che rivestono ruolo fondamentale per la gestione sanitaria dell'intera cronicità e di quella oncologica in particolare;
- 4) ad adottare iniziative, in raccordo con le regioni, per l'attivazione in tempi celeri di nuovi modelli organizzativi per la gestione dei pazienti oncologici in tempo di pandemia COVID-19, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli e a rischio, anche dal punto di vista della campagna vaccinale, valutando dunque l'opportunità di creare fasce di priorità in base allo stato clinico e diagnostico del paziente;
- 5) a promuovere, utilizzando gli strumenti finanziari messi a disposizione dall'Unione europea, ogni campagna di prevenzione necessaria a prevenire nuove diagnosi di cancro, soprattutto quelle relative allo *screening* tumorale fortemente compromesse durante l'attuale emergenza sanitaria;
- 6) a promuovere, per quanto di competenza, l'adeguamento dei servizi e dei percorsi terapeutici assistenziali alle esigenze dei pazienti affetti da neoplasie, compresi i processi relativi alle cure palliative, sostenendo le reti locali degli *hospice* e utilizzando altresì modelli centrati sulle esigenze individuali unitamente ai nuovi strumenti della medicina personalizzata;
- 7) ad attivare in sede europea, di concerto con gli altri Stati membri, ogni iniziativa utile a implementare la lotta al cancro e sostenere la ricerca scientifica per la scoperta di terapie sempre più innovative, mirate ed adatte ai casi specifici di ogni paziente;

8) a sostenere la lotta al cancro infantile, facendone assoluta priorità e valutando l'istituzione di un fondo permanente per il sostegno ai piccoli pazienti oncologici e alle loro famiglie.

(1-00427) « Lapia, Rizzone, Termini, Berardini, Trizzino, Lombardo, Ermellino, Cardinale, Sapia, Costanzo, De Girolamo, Bagnasco, Boldi, Sarli, Menga, Paxia, Pezzopane, Ferri ».

La Camera,

premesso che:

nel 2020 a 2,7 milioni di persone dell'Unione europea è stato diagnosticato il cancro e 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa di esso. L'Europa, pur rappresentando un decimo della popolazione mondiale, conta un quarto dei casi di cancro nel mondo. Si stima che entro il 2035 il cancro diventerà la principale causa di morte nell'Unione europea, con un incremento di vite perse oltre il 24 per cento e con un impatto economico superiore ai 100 miliardi di euro all'anno. Inoltre, la pandemia da COVID-19 ha avuto ripercussioni negative sulla cura della malattia oncologica, interrompendone la prevenzione ed il trattamento e ritardandone la diagnosi;

L'Unione europea lavora da decenni per combattere il cancro, introducendo azioni volte a salvare e prolungare vite umane. L'ultimo piano d'azione europeo in materia è stato sviluppato all'inizio degli anni '90 e da allora si sono registrati importanti progressi nel trattamento della malattia. La ricerca e l'innovazione, insieme alle tecnologie digitali, hanno contribuito a migliorare la prevenzione, la diagnosi e la cura del cancro. Inoltre, per massimizzare il potenziale delle nuove tecnologie e delle scoperte scientifiche, eliminando le disuguaglianze in termini di accesso alla conoscenza, prevenzione, diagnosi e cura della malattia, è necessaria una maggior cooperazione tra gli Stati membri;

per rispondere a queste esigenze, la Commissione europea ha predisposto e pre-

sentato il 3 febbraio 2021 il primo « Piano europeo di lotta contro il cancro ». Il Piano è stato approvato all'unanimità dal Parlamento europeo il 15 febbraio 2022. Esso contiene azioni concrete ed ambiziose che sosterranno, coordineranno ed implementeranno gli sforzi degli Stati membri per alleviare le sofferenze causate dalla malattia. L'obiettivo del piano è quello di affrontare l'intero decorso della patologia ed è strutturato in quattro aree di intervento e dieci iniziative « faro »;

le quattro aree di intervento sono così suddivise:

a) prevenzione: il Piano europeo mira a sensibilizzare e affrontare i principali fattori di rischio, come il tabacco, il consumo eccessivo di alcool, l'inquinamento ambientale, l'obesità, la mancata attività fisica e l'esposizione a sostanze pericolose e cancerogene, introducendo per ciascuna di queste aree azioni specifiche volte a ridurre l'impatto sulla salute della persona e sui sistemi sanitari;

b) individuazione precoce della patologia, inserendo un nuovo programma di *screening* per il carcinoma alla mammella, alla cervice e al colon retto, che garantisca al 90 per cento della popolazione europea, che ne soddisfi i requisiti, la possibilità di accedervi entro il 2025;

c) diagnosi e trattamento, introducendo azioni volte ad affrontare le disparità di accesso alle cure e ai farmaci, prevedendo l'istituzione di « reti di riferimento » che condivideranno e faciliteranno lo scambio di informazioni diagnostiche tra i centri oncologici di ciascuno Stato membro. Inoltre, per migliorare il tracciamento diagnostico, nonché la comprensione della patologia, è stata avviata l'iniziativa europea « Uncan.eu »;

d) qualità di vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia, adottando misure e programmi volti a facilitarne l'integrazione sociale e il reinserimento sul posto di lavoro;

il piano sarà sostenuto dal nuovo programma « EU4Health », il quale fornirà

agli Stati membri 4 miliardi di euro per affrontare le sfide contro il cancro. Inoltre, sarà incrementato da ulteriori fondi, come quelli del quadro di ricerca ed innovazione « Orizzonte Europa » (2 miliardi di euro), del programma « Erasmus+ » (fino a 500 milioni di euro) e del programma « Europa digitale » (250 milioni di euro). Infine, gli Stati membri potranno ricorrere al *Next generation EU* per sostenere la lotta al cancro e la ricerca scientifica (672,5 miliardi di euro). Inoltre, la Commissione offrirà prestiti e finanziamenti azionari per investimenti in ospedali, cure primarie e case di comunità, sanità elettronica, personale sanitario, servizi e cure innovative;

per facilitare l'utilizzo degli strumenti di finanziamento per gli investimenti nell'oncologia, la Commissione europea istituirà un meccanismo di condivisione delle conoscenze volto ad informare ciascuno Stato membro sui diversi meccanismi di finanziamento e sulle relative modalità di accesso;

per allineare le azioni e le politiche in tutte le istituzioni europee, la Commissione europea creerà un « Gruppo di attuazione del piano contro il cancro » per discutere e riesaminare l'attuazione del piano europeo;

il Piano europeo sarà riesaminato entro la fine del 2024 per valutare se l'azione intrapresa sia stata sufficiente per il raggiungimento degli obiettivi oppure se servano misure aggiuntive;

il Piano europeo rappresenta una strategia ambiziosa che offre specifiche soluzioni per soddisfare i diversi bisogni. La pandemia ha dimostrato un'enorme collaborazione, spirito di solidarietà ed unità, che potrebbero essere presi come riferimento per la prevenzione, il trattamento e la cura del cancro. Quest'ultima, infatti, non deve essere esclusivamente una responsabilità del sistema sanitario, ma è necessario un impegno comune di tutte le istituzioni, settori e portatori di interesse. Insieme si può invertire la crescita della malattia, garantendo un futuro più sano e sostenibile per tutti;

ulteriore declinazione del Piano europeo contro il cancro è il piano d'azione Samira – presentato il 5 febbraio 2021. Trattasi di un pacchetto di azioni volto a migliorare il coordinamento europeo nell'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari anche per la cura del cancro, oltre che di altre malattie; il piano è volto a garantire ai cittadini dell'Unione europea accesso, in campo medico, a tecnologie radiologiche e nucleari di alta qualità nel rispetto dei massimi *standard* di sicurezza. Le tecnologie nucleari e radiologiche svolgono un ruolo strategico nella lotta contro il cancro: la mammografia, la tomografia computerizzata e altre forme di diagnostica per immagini in fase di diagnosi e cura, la radioterapia come trattamento oncologico e l'impiego della medicina nucleare svolgono un ruolo centrale in oncologia;

in questa prospettiva Samira si propone di raggiungere 3 obiettivi fondamentali: *a)* garantire l'offerta di radioisotopi per uso medico dando vita a un'iniziativa europea che riunirà i centri specializzati nei radioisotopi (*Ervi – European radioisotope valley initiative*), al fine di mantenere la *leadership* mondiale dell'Europa nell'offerta di radioisotopi; *b)* migliorare la qualità e la sicurezza delle radiazioni in medicina, ponendo in essere una specifica iniziativa europea sulla qualità e sulla sicurezza delle applicazioni mediche delle radiazioni ionizzanti; *c)* agevolare l'innovazione e lo sviluppo tecnologico delle applicazioni mediche delle radiazioni ionizzanti;

per l'Italia « I numeri del cancro 2020 », ovvero il rapporto annuale dell'Associazione italiana oncologia medica (Aiom) e Associazione italiana dei registri tumori ha evidenziato 377.000 nuove diagnosi di cancro (195.000 uomini e 182.000 donne);

i tumori più diagnosticati sono: cancro della mammella (54.976), colon retto (43.702), polmone (40.882), prostata (36.074) e vescica (25.492). Questi cinque tumori rappresentano oltre il 53 per cento di tutte le nuove diagnosi;

oggi in Italia convivono con il cancro 3,6 milioni di persone, un incremento

del 36 per cento rispetto al 2010. Nelle donne la sopravvivenza a 5 anni raggiunge il 63 per cento, mentre negli uomini il 54 per cento;

i pazienti affetti da tumori gastro-intestinali metastatici hanno lamentato disparità di trattamento rispetto alla presa in carico e all'accesso alle cure oggi disponibili per migliorare la qualità della vita;

negli ultimi 7 anni, a cavallo delle ultime due legislature, l'intergruppo parlamentare « Insieme per un impegno contro il cancro », frutto della volontà del Gruppo « La Salute un bene da difendere, un diritto da promuovere », coordinato da Salute donna onlus, ha favorito il dialogo fra il Parlamento e molte associazioni di pazienti presenti nel campo dell'oncologia, portando all'evidenza di numerosi parlamentari la necessità di intervenire in modo organico e strategico sulla materia. Un accordo di legislatura in 15 punti è stato redatto e condiviso dalle 36 associazioni di pazienti che hanno aderito al Gruppo, è stato condiviso con tutti i gruppi politici in lizza per le elezioni del 2018 e successivamente i relativi contenuti sono confluiti in atti di indirizzo politico approvati con voto unanime sia alla Camera che al Senato,

impegna il Governo:

- 1) a sostenere in tutti i modi e le sedi possibili il Piano europeo contro il cancro e il piano Samira sull'impiego delle tecnologie radiologiche e nucleari, declinandoli in un Piano oncologico nazionale (Pon) che coinvolga il Ministero della salute, il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, il Ministero della transizione ecologica e le regioni in un'ottica *One health*;
- 2) a prevedere nel Piano oncologico nazionale dei precisi indicatori validi per valutare le *performance* delle regioni sui temi dell'uniformità della presa in carico e cura dei pazienti;
- 3) a prevedere nel Piano oncologico nazionale specifiche sezioni dedicate alla presa in carico e cura dei pazienti metastatici;
- 4) a verificare, per quanto di competenza, lo stato di attuazione in Italia degli *screening* oncologici, delle reti oncologiche (in base all'accordo Stato-regioni del 17 aprile 2019) e di tutti i modelli organizzativi per la presa in carico dei pazienti oncologici ed onco-ematologici, al fine di verificare l'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi sulla *governance* del cancro;
- 5) a promuovere e a facilitare la ricerca clinica sui farmaci oncologici innovativi e sulle nuove tecnologie, quali l'immunoterapia, le Car-t e le terapie radiocellulari di ultima generazione, anche al fine di attrarre investimenti presso le eccellenze scientifiche del nostro Paese;
- 6) ad adottare iniziative di competenza per rendere più brevi possibili i tempi per l'accesso dei pazienti ai farmaci oncologici innovativi approvati da Aifa;
- 7) ad utilizzare i fondi di *Next generation EU* per ammodernare la dotazione tecnologica per gli *screening* diagnostici, la chirurgia e le attività di medicina nucleare;
- 8) ad adottare le iniziative di competenza per istituire in ogni unità complessa di oncologia un servizio di psicooncologia riservato ai pazienti e ai familiari, procedendo, il prima possibile, al riconoscimento della psicooncologia come professione sanitaria;
- 9) ad adottare le iniziative di competenza per attuare in modo definitivo la legge 22 marzo 2019, n. 29, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 5 aprile 2019, recante « l'istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione » attraverso un corretto conferimento dei dati regionali in unico e funzionale *database* nazionale;
- 10) a favorire una sempre maggiore connessione fra le autorità sanitarie e regolatorie nazionali e le associazioni

dei pazienti, al fine di assicurare un regolare utilizzo dei *Patient reported outcomes* (Pro) ovvero gli esiti riferiti al paziente, un approccio metodologico volto a cogliere il punto di vista fisico, mentale e sociale del paziente su un trattamento o una tecnologia sanitaria;

- 11) a prevedere iniziative per la conservazione del posto di lavoro, il diritto al lavoro agile e un pieno reinserimento al lavoro dei pazienti oncologici;
- 12) ad adottare iniziative per incentivare la medicina di precisione attraverso l'adozione dei test Ngs (*Next Generation sequencing*) rivolti a caratterizzare la neoplasia ed assicurare trattamenti personalizzati;
- 13) sempre nell'ottica della medicina di precisione, a promuovere, in raccordo con le regioni, l'adozione dei *Molecular Tumor Board, team* multidisciplinari disegnati per colmare l'enorme disparità tra conoscenza clinica e potenzialità della diagnostica molecolare nella pratica oncologica.

(1-00464) (*Nuova formulazione*) «Vanessa Cattoi, Comaroli, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Panizzut, Paolin, Sutto, Tiramani, Zanella, Fiorini».

La Camera,

premessi che:

nel 2020 a 2,7 milioni di persone dell'Unione europea è stato diagnosticato il cancro e 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa di esso. L'Europa, pur rappresentando un decimo della popolazione mondiale, conta un quarto dei casi di cancro nel mondo. Si stima che entro il 2035 il cancro diventerà la principale causa di morte nell'Unione europea, con un incremento di vite perse oltre il 24 per cento e con un impatto economico superiore ai 100 miliardi di euro all'anno. Inoltre, la pandemia da COVID-19 ha avuto ripercussioni negative sulla cura della malattia on-

cologica, interrompendone la prevenzione ed il trattamento e ritardandone la diagnosi;

L'Unione europea lavora da decenni per combattere il cancro, introducendo azioni volte a salvare e prolungare vite umane. L'ultimo piano d'azione europeo in materia è stato sviluppato all'inizio degli anni '90 e da allora si sono registrati importanti progressi nel trattamento della malattia. La ricerca e l'innovazione, insieme alle tecnologie digitali, hanno contribuito a migliorare la prevenzione, la diagnosi e la cura del cancro. Inoltre, per massimizzare il potenziale delle nuove tecnologie e delle scoperte scientifiche, eliminando le disuguaglianze in termini di accesso alla conoscenza, prevenzione, diagnosi e cura della malattia, è necessaria una maggior cooperazione tra gli Stati membri;

per rispondere a queste esigenze, la Commissione europea ha predisposto e presentato il 3 febbraio 2021 il primo « Piano europeo di lotta contro il cancro ». Esso contiene azioni concrete ed ambiziose che sosterranno, coordineranno ed implementeranno gli sforzi degli Stati membri per alleviare le sofferenze causate dalla malattia. L'obiettivo del piano è quello di affrontare l'intero decorso della patologia ed è strutturato in quattro aree di intervento e dieci iniziative « faro »;

le quattro aree di intervento sono così suddivise:

a) prevenzione: il Piano europeo mira a sensibilizzare e affrontare i principali fattori di rischio, come il tabacco, il consumo eccessivo di alcool, l'inquinamento ambientale, l'obesità, la mancata attività fisica e l'esposizione a sostanze pericolose e cancerogene, introducendo per ciascuna di queste aree azioni specifiche volte a ridurre l'impatto sulla salute della persona e sui sistemi sanitari;

b) individuazione precoce della patologia, inserendo un nuovo programma di *screening* per il carcinoma alla mammella, alla cervice e al colon retto, che garantisca al 90 per cento della popolazione europea, che ne soddisfi i requisiti, la possibilità di accedervi entro il 2025;

c) diagnosi e trattamento, introducendo azioni volte ad affrontare le disparità di accesso alle cure e ai farmaci, prevedendo l'istituzione di « reti di riferimento » che condivideranno e faciliteranno lo scambio di informazioni diagnostiche tra i centri oncologici di ciascuno Stato membro. Inoltre, per migliorare il tracciamento diagnostico, nonché la comprensione della patologia, è stata avviata l'iniziativa europea « Uncan.eu »;

d) qualità di vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia, adottando misure e programmi volti a facilitarne l'integrazione sociale e il reinserimento sul posto di lavoro;

il piano sarà sostenuto dal nuovo programma « EU4Health », il quale fornirà agli Stati membri 4 miliardi di euro per affrontare le sfide contro il cancro. Inoltre, sarà incrementato da ulteriori fondi, come quelli del quadro di ricerca ed innovazione « Orizzonte Europa » (2 miliardi di euro), del programma « Erasmus+ » (fino a 500 milioni di euro) e del programma « Europa digitale » (250 milioni di euro). Infine, gli Stati membri potranno ricorrere al *Next generation EU* per sostenere la lotta al cancro e la ricerca scientifica (672,5 miliardi di euro). Inoltre, la Commissione offrirà prestiti e finanziamenti azionari per investimenti in ospedali, cure primarie e case di comunità, sanità elettronica, personale sanitario, servizi e cure innovative;

per facilitare l'utilizzo degli strumenti di finanziamento per gli investimenti nell'oncologia, la Commissione europea istituirà un meccanismo di condivisione delle conoscenze volto ad informare ciascuno Stato membro sui diversi meccanismi di finanziamento e sulle relative modalità di accesso;

per allineare le azioni e le politiche in tutte le istituzioni europee, la Commissione europea creerà un « Gruppo di attuazione del piano contro il cancro » per discutere e riesaminare l'attuazione del piano europeo;

il Piano europeo sarà riesaminato entro la fine del 2024 per valutare se l'a-

zione intrapresa sia stata sufficiente per il raggiungimento degli obiettivi oppure se servano misure aggiuntive;

il Piano europeo rappresenta una strategia ambiziosa che offre specifiche soluzioni per soddisfare i diversi bisogni. La pandemia ha dimostrato un'enorme collaborazione, spirito di solidarietà ed unità, che potrebbero essere presi come riferimento per la prevenzione, il trattamento e la cura del cancro. Quest'ultima, infatti, non deve essere esclusivamente una responsabilità del sistema sanitario, ma è necessario un impegno comune di tutte le istituzioni, settori e portatori di interesse. Insieme si può invertire la crescita della malattia, garantendo un futuro più sano e sostenibile per tutti;

ulteriore declinazione del Piano europeo contro il cancro è il piano d'azione Samira – presentato il 5 febbraio 2021. Trattasi di un pacchetto di azioni volto a migliorare il coordinamento europeo nell'utilizzo delle tecnologie radiologiche e nucleari anche per la cura del cancro, oltre che di altre malattie; il piano è volto a garantire ai cittadini dell'Unione europea accesso, in campo medico, a tecnologie radiologiche e nucleari di alta qualità nel rispetto dei massimi *standard* di sicurezza. Le tecnologie nucleari e radiologiche svolgono un ruolo strategico nella lotta contro il cancro: la mammografia, la tomografia computerizzata e altre forme di diagnostica per immagini in fase di diagnosi e cura, la radioterapia come trattamento oncologico e l'impiego della medicina nucleare svolgono un ruolo centrale in oncologia;

in questa prospettiva Samira si propone di raggiungere 3 obiettivi fondamentali: a) garantire l'offerta di radioisotopi per uso medico dando vita a un'iniziativa europea che riunirà i centri specializzati nei radioisotopi (Ervi – *European radioisotope valley initiative*), al fine di mantenere la *leadership* mondiale dell'Europa nell'offerta di radioisotopi; b) migliorare la qualità e la sicurezza delle radiazioni in medicina, ponendo in essere una specifica iniziativa europea sulla qualità e sulla sicurezza delle applicazioni mediche delle

radiazioni ionizzanti; c) agevolare l'innovazione e lo sviluppo tecnologico delle applicazioni mediche delle radiazioni ionizzanti;

per l'Italia «I numeri del cancro 2020», ovvero il rapporto annuale dell'Associazione italiana oncologia medica (Aiom) e Associazione italiana dei registri tumori ha evidenziato 377.000 nuove diagnosi di cancro (195.000 uomini e 182.000 donne);

i tumori più diagnosticati sono: cancro della mammella (54.976), colon retto (43.702), polmone (40.882), prostata (36.074) e vescica (25.492). Questi cinque tumori rappresentano oltre il 53 per cento di tutte le nuove diagnosi;

oggi in Italia convivono con il cancro 3,6 milioni, di persone un incremento di quasi il 40 per cento rispetto al 2010. Nelle donne la sopravvivenza a 5 anni raggiunge il 63 per cento, mentre negli uomini il 54 per cento;

i pazienti affetti da tumori gastrointestinali metastatici hanno lamentato disparità di trattamento rispetto alla presa in carico e all'accesso alle cure oggi disponibili per migliorare la qualità della vita;

negli ultimi 7 anni, a cavallo delle ultime due legislature, l'intergruppo parlamentare «Insieme per un impegno contro il cancro», frutto della volontà del Gruppo «La Salute un bene da difendere, un diritto da promuovere», coordinato da Salute donna *onlus*, ha favorito il dialogo fra il Parlamento e molte associazioni di pazienti presenti nel campo dell'oncologia, portando all'evidenza di numerosi parlamentari la necessità di intervenire in modo organico e strategico sulla materia. Un accordo di legislatura in 15 punti è stato redatto e condiviso dalle 36 associazioni di pazienti che hanno aderito al Gruppo, è stato condiviso con tutti i gruppi politici in lizza per le elezioni del 2018 e successivamente i relativi contenuti sono confluiti in atti di indirizzo politico approvati con voto unanime sia alla Camera che al Senato,

impegna il Governo:

1) a sostenere in tutti i modi e le sedi possibili il Piano europeo contro il can-

cro e il piano Samira sull'impiego delle tecnologie radiologiche e nucleari, declinandoli in un Piano oncologico nazionale (Pon) che coinvolga il Ministero della salute, il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, il Ministero della transizione ecologica e le regioni;

- 2) a prevedere nel Piano oncologico nazionale dei precisi indicatori validi per valutare le *performance* delle regioni sui temi dell'uniformità della presa in carico e cura dei pazienti;
- 3) a prevedere nel Piano oncologico nazionale specifiche sezioni dedicate alla presa in carico e cura dei pazienti metastatici;
- 4) a verificare, per quanto di competenza, lo stato di attuazione in Italia degli *screening* oncologici, delle reti oncologiche (in base all'accordo Stato-regioni del 17 aprile 2019) e di tutti i modelli organizzativi per la presa in carico dei pazienti oncologici ed onco-ematologici, al fine di verificare l'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi sulla *governance* del cancro;
- 5) a verificare se parte delle risorse del piano di *Next generation EU* potranno essere riservate alla realizzazione degli obiettivi del piano oncologico europeo;
- 6) a promuovere e a facilitare la ricerca clinica sui farmaci oncologici innovativi e sulle nuove tecnologie, quali l'immunoterapia, le Car-t e le terapie radiocellulari di ultima generazione, anche al fine di attrarre investimenti presso le eccellenze scientifiche del nostro Paese;
- 7) ad adottare iniziative di competenza per rendere più brevi possibili i tempi per l'accesso dei pazienti ai farmaci oncologici innovativi approvati da Aifa;
- 8) ad utilizzare i fondi di *Next generation EU* per ammodernare la dotazione tecnologica per gli *screening* diagnostici, la chirurgia e le attività di medicina nucleare;

- 9) a portare a compimento il Registro nazionale tumori, assicurando un corretto conferimento dei dati regionali in unico e funzionante *database* nazionale;
- 10) ad adottare le iniziative di competenza per istituire in ogni unità complessa di oncologia un servizio di psiconcologia riservato ai pazienti e ai familiari, procedendo, il prima possibile, al riconoscimento della psiconcologia come professione sanitaria;
- 11) ad adottare le iniziative di competenza per attuare in modo definitivo la legge 22 marzo 2019, n. 29, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 5 aprile 2019, recante «l'istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione» attraverso un corretto conferimento dei dati regionali in unico e funzionale *database* nazionale;
- 12) a favorire una sempre maggiore connessione fra le autorità sanitarie e regolatorie nazionali e le associazioni dei pazienti, al fine di assicurare un regolare utilizzo dei *Patient reported outcomes* (Pro) ovvero gli esiti riferiti al paziente, un approccio metodologico volto a cogliere il punto di vista fisico, mentale e sociale del paziente su un trattamento o una tecnologia sanitaria;
- 13) a prevedere iniziative per la conservazione del posto di lavoro e per un pieno reinserimento al lavoro dei pazienti oncologici.
- (1-00464) «Vanessa Cattoi, Comaroli, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Panizzut, Paolin, Sutto, Tiramani, Zanella, Fiorini».

La Camera,

premessi che:

i tumori rappresentano la seconda causa di morte, dopo le malattie cardiova-

scolari, con una media del 27 per cento dei decessi e tassi di mortalità più alti per gli uomini che per le donne; nel 2020, all'interno dell'Unione europea, sono state circa tre milioni le persone ad aver ricevuto una diagnosi di cancro e per 1,27 milioni è stata causa decesso;

tuttavia, grazie a trattamenti innovativi e ad un migliore accesso alle cure, oggi sono molti i cittadini europei che riescono vivere più a lungo a seguito di una diagnosi di tumore;

se diagnosticato precocemente, il cancro ha più probabilità di essere curato con successo. Si stima che all'interno dell'Unione europea circa il 40 per cento dei tumori possa essere prevenuto e che vi siano più di 12 milioni sopravvissuti al cancro. La ricerca, l'innovazione e la prevenzione sono componenti fondamentali nella lotta contro il cancro;

i dati rivelano che circa il 50 per cento delle morti per tumore e il 40 per cento dei nuovi casi di tumore sono potenzialmente prevenibili, in quanto causate da fattori di rischio modificabili;

in Italia, dove ogni anno ci sono circa 180 mila morti per cancro, i fattori di rischio sono ritenuti responsabili ogni anno di 65.000 decessi oncologici; tuttavia, cresce considerevolmente il numero di donne e uomini che sopravvivono alla diagnosi di tumore, aumenta il tasso di guarigione e sempre più persone tornano ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale;

i dati sulle malattie oncologiche in Italia dimostrano l'efficacia dei programmi di screening e l'Osservatorio nazionale screening (Ons), in merito all'attività delle regioni svolte nel 2018 ha evidenziato continui progressi nello sviluppo dei programmi organizzati di *screening*, anche se permangono profonde differenze tra Centro-nord e Sud-isole;

proprio al fine di definire un quadro normativo organico a supporto della registrazione dei tumori in Italia, nella seduta del 12 marzo 2019 la Camera ha

approvato in via definitiva, la proposta di legge d’iniziativa del Gruppo M5S (diventata legge 22 marzo 2019, n. 29, ed entrata in vigore il 20 aprile 2019), che istituisce la rete nazionale del registro tumori, a titolarità del Ministero della salute, in collegamento con i sistemi di sorveglianza regionali;

la legge di bilancio 2020 (comma 463, articolo 1, della legge n. 160 del 2019) ha poi stanziato 1 milione di euro annui dal 2020 per l’attuazione di detta Rete e per l’istituzione del referto epidemiologico inerente alla valutazione dello stato di salute complessivo della popolazione, risorse di cui è stato successivamente disposto il riparto con decreto del Ministero della salute del 12 agosto 2021;

le risorse sono ripartite tra regioni e province autonome tenendo conto: a) della natura innovativa dell’intervento, tecnologico e informatico, che tali enti territoriali sono tenuti a predisporre per la realizzazione e l’implementazione dei registri tumori regionali e dei sistemi di sorveglianza dei sistemi sanitari regionali; b) della numerosità della popolazione residente e, pertanto, della potenziale incidenza e prevalenza dei tumori, delle malattie tumore-correlate e delle malattie infettive;

ad oggi il percorso istitutivo del registro tumori nazionale e della rete dei registri regionali non è stato ancora completato;

attualmente, l’Associazione italiana registri tumori (Airtum), la Società italiana di anatomia patologica e di citologia diagnostica (Siapec-Iap), la Fondazione Aiom, Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) e Passi d’argento, forniscono importanti dati che denotano progressi effettuati nella lotta al cancro;

l’efficacia delle campagne di prevenzione già adottate nel nostro Paese negli ultimi anni e delle terapie innovative messe a disposizione dalla ricerca scientifica contro il cancro ha determinato un complessivo aumento del numero delle persone che, dopo la diagnosi, sopravvivono e conducono una vita sostanzialmente normale:

si parla di circa 3,6 milioni di persone in più (il 5,7 per cento dell’intera popolazione italiana), con un incremento del 37 per cento rispetto a 10 anni fa; inoltre, almeno un paziente su quattro (quasi un milione di persone) è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito;

tuttavia, a fronte di questi progressi, la pandemia di COVID-19 ha determinato gravi conseguenze in campo oncologico con un forte impatto sulla prevenzione e la cura del cancro. Si stima che durante la pandemia 100 milioni di test di screening non siano stati effettuati in Europa e che un milione di casi di cancro non siano stati diagnosticati. Un paziente oncologico su 100 non ha ricevuto in tempo il trattamento chirurgico o chemioterapico di cui aveva bisogno;

nella risposta alla pandemia, anche in ragione della novità ed eccezionalità dell’emergenza sanitaria determinata dal diffondersi del COVID-19, il supporto allo *screening* e alla prevenzione dei tumori è stato tardivo e si è assistito all’oggettiva difficoltà di assicurare misure tempestive per tutelare la vita e i diritti delle persone malate o potenzialmente tali;

nel biennio 2020-2021, infatti, sono state 13 milioni le visite specialistiche sospese a causa del COVID-19, mentre per alcune patologie una diagnosi è salvavita;

ciò ha determinato uno stato di allarme per l’aumento di casi di tumore, soprattutto in fase avanzata, a causa degli incolmabili e continui ritardi negli *screening*, nelle diagnosi, negli interventi chirurgici e nelle cure accumulati in 24 mesi di pandemia; per tale motivo, appare urgente un vero e proprio « piano straordinario di recupero per l’oncologia »;

nel 2020, le nuove diagnosi di neoplasia si sono ridotte dell’11 per cento rispetto al 2019, i nuovi trattamenti farmacologici del 13 per cento, gli interventi chirurgici del 18 per cento; gli *screening* relativi ai tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto hanno registrato una riduzione pari a due milioni

e mezzo di esami; le diagnosi mancate sono state oltre 3.300 per il tumore del seno, circa 1.300 per quello del colon-retto;

l'Associazione italiana di oncologia medica ha fotografato lo stato dell'oncologia nel Paese e dichiarato: « Senza un'adeguata programmazione, con assegnazione di risorse e personale, le oncologie non saranno in grado di affrontare l'ondata di casi in fase avanzata stimati nei prossimi mesi e anni »;

appare dunque più che mai necessario un rinnovato impegno a favore della prevenzione, del trattamento e della presa in carico e dell'assistenza ai malati oncologici, per evitare che il numero di vite perse a causa delle malattie neoplastiche aumenti inesorabilmente;

nell'attuale situazione di disomogeneità di risposta assistenziale, non stupisce che l'Europa intenda farsi promotrice di un nuovo impegno a favore della prevenzione del cancro, sfruttando questo importante momento di totale rivoluzione dei sistemi sanitari regionali e nazionali, puntando a modelli di trattamento e assistenza dei pazienti oncologici che siano moderni ed adeguati alle nuove sfide;

per far ciò una importante risposta è stata fornita il 3 febbraio 2021: la Commissione europea, in un documento inviato al Parlamento europeo ed al Consiglio europeo, ha infatti elaborato il nuovo « Piano europeo di lotta contro il cancro »;

il « Piano europeo di lotta contro il cancro » si propone di essere la risposta dell'Unione europea alle esigenze descritte e contiene azioni concrete e ambiziose, che mirano a sostenere, coordinare e integrare gli sforzi profusi da tutti gli Stati membri per ridurre le conseguenze causate dal cancro sui pazienti e sulle loro famiglie, e in maniera generale in tutta la società, sia a livello sanitario che a livello economico;

per tali ragioni, anche in linea con la *cancer mission* che si pone l'obiettivo di salvare entro il 2030 più di 3 milioni di vite, è riconosciuta la necessità di un maggiore impegno per affrontare l'intero decorso della

malattia, comprese le rilevanti implicazioni sociali connesse;

il Piano sarà inoltre sostenuto dal nuovo programma EU4Health che, con altri strumenti messi a disposizione dall'Unione europea, si propone di fornire agli Stati membri 4 miliardi di euro per coadiuvare gli sforzi nel rendere i propri sistemi sanitari più solidi e più efficaci nell'affrontare il cancro; obiettivo primario del Piano è quello di far fronte all'intero decorso della patologia ed è strutturato su quattro ambiti di intervento: la prevenzione, l'individuazione precoce delle neoplasie, la diagnosi e il trattamento, la qualità di vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia;

a questi si aggiungono nuovi obiettivi strategici, sostenuti da dieci iniziative faro e da molteplici azioni di sostegno, per aiutare gli Stati membri ad invertire la tendenza nella lotta contro il cancro e per fare in modo che si realizzi una suddivisione delle competenze e delle risorse in tutta l'Unione europea;

il Ministro della salute, durante lo svolgimento del *Question Time* alla Camera del 18 maggio 2022, ha anticipato che il Piano oncologico nazionale, atteso da anni, è ormai pronto per l'esame delle regioni; si tratta di un documento che affronta tutte le problematiche per la prevenzione, la cura e l'assistenza ai malati di cancro con rinnovata attenzione ai percorsi assistenziali grazie a « un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico » e con il grande obiettivo della riduzione fino all'eliminazione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e cura;

il nuovo Piano oncologico nazionale 2022-2027 intende recepire le indicazioni del Piano europeo contro il cancro e, in linea con le aree di intervento del menzionato piano europeo, si basa su: prevenzione, percorsi di cura chiari ed omogenei nonché totale attenzione al malato e a chi lo assiste; esenzione dal *ticket* anche nelle fasi di indagine, digitalizzazione per snel-

lire la burocrazia, assistenza sempre più domiciliare e integrata con l'ospedale e i servizi territoriali; formazione degli operatori sanitari e campagne informative per i cittadini; supporto nutrizionale e psicologico, ampliamento delle fasce di età per gli screening; cure palliative a domicilio e potenziamento delle coperture vaccinali;

si ricorda che con decreto del 27 aprile 2021, è stato istituito un tavolo di lavoro interistituzionale con il compito di elaborare un documento di pianificazione, finalizzato a migliorare il percorso complessivo di contrasto delle patologie neoplastiche, in coerenza proprio con il Piano europeo di lotta contro il cancro;

come sostenuto dal Ministro della salute, « il lavoro per la predisposizione del documento è stato condotto al fine di potenziare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro per valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica, nonché per sostenere le nuove tecnologie, la ricerca e l'innovazione; il documento in questione è stato elaborato, perseguendo le finalità del Piano europeo di lotta contro il cancro del 2021 e sono stati individuati per ciascun ambito obiettivi e linee strategiche da realizzare, corredati da alcuni indicatori di monitoraggio; peraltro, relativamente ai programmi di screening, vi è completa comunione di intenti tra quanto proposto dal Piano europeo e quanto previsto dal Piano nazionale per la prevenzione 2020-2025. Il Piano nazionale della prevenzione pone, infatti, tra le altre strategie, come punto fondamentale, il rafforzamento, da parte delle aziende sanitarie, delle attività di primo livello (prevenzione, medicina di base e attività distrettuale), legandole alle esigenze delle comunità locali e garantendo i processi di integrazione tra l'area sociale e sociosanitaria e tra territorio e ospedale. Le ulteriori azioni da intraprendere dovranno essere raccordate con l'aggiornamento delle raccomandazioni europee sugli screening del 2003, che, su proposta della Commissione europea, deve essere adottato nel 2022, sulla base dei più recenti dati scientifici »;

riguardo ai contenuti, sono state affrontate tematiche di epidemiologia, come

registro tumori e sistemi informativi sul cancro, tematiche di ricerca e di innovazione relativamente alla diagnosi e caratterizzazione molecolare con finalità prognostica e terapeutica, alle terapie vaccinali, alle terapie cellulari e geniche e alle nuove tecnologie della radioterapia di precisione, tematiche relative alla digitalizzazione in oncologia e al rinnovo tecnologico delle attrezzature, oltre a prevenzione primaria, secondaria e terziaria;

un'ampia parte del documento è poi dedicata al percorso del malato oncologico, con particolare attenzione all'integrazione del percorso diagnostico terapeutico, alla continuità assistenziale sul territorio, alle reti oncologiche, alla rete nazionale dei tumori rari, ai tumori pediatrici, alla riabilitazione per i malati oncologici, alle cure palliative, allo sviluppo e implementazione della psico-oncologia, al ruolo del supporto nutrizionale, al *follow-up* e alla qualità della vita dei guariti dal cancro;

appare auspicabile che la bozza del Piano oncologico nazionale possa al più presto essere approvata dalle regioni, dunque possa essere definita e trovare attuazione;

il quarto ambito di intervento del Piano europeo contro il cancro è quello di migliorare la vita dei pazienti oncologici sopravvissuti alla malattia;

le persone guarite dal tumore devono spesso affrontare ostacoli e discriminazioni dovuti per lo più ad una sorta di stigma sociale che impedirebbe agli stessi di accedere ad alcuni servizi considerati ad oggi un privilegio per persone sane;

nel nostro Paese, un milione di persone sebbene considerate guarite dal cancro, subiscono discriminazioni per accendere un mutuo, per adottare un bambino, per l'avanzamento di carriera, per chiedere un prestito od ottenere un finanziamento, per aprire un'attività, per richiedere una copertura assicurativa, per il reinserimento lavorativo;

di fatto il Piano europeo di lotta contro il cancro mira non solo a garantire

che i pazienti oncologici sopravvivano alla malattia, ma che vivano una vita lunga e soddisfacente, senza discriminazioni e ostacoli iniqui;

il riconoscimento del diritto della persona guarita, ad esempio, per accedere a servizi bancari, finanziari e assicurativi, deve garantire che ad esse non potranno essere richieste informazioni sullo stato di salute relative a malattie oncologiche pregresse, quando sia trascorso un certo periodo di tempo da individuare dalla fine del trattamento attivo in assenza di recidive o ricadute della patologia;

tali informazioni non potranno più essere considerate ai fini della valutazione del rischio o della solvibilità del cliente e ciò dovrà valere anche per l'accesso alle adozioni;

negli ultimi 3 anni, tra l'aprile 2019 e il febbraio 2022, ben cinque Paesi europei hanno approvato norme che garantiscono agli ex pazienti oncologici il diritto a non essere discriminati, a non essere « rappresentati » dalla malattia: Belgio, Portogallo, Francia e Olanda hanno varato appositi provvedimenti legislativi, mentre nel caso del Lussemburgo si è optato per una convenzione stipulata tra il Ministero della salute e l'Associazione delle compagnie assicurative;

al di là dei diversi strumenti legislativi che ciascun Paese ha scelto per eliminare una simile vergognosa discriminazione, il contenuto delle normative è sostanzialmente analogo e pressoché identiche le soglie temporali, superate le quali si ha diritto all'oblio: 5 anni dalla fine del protocollo terapeutico nel caso di tumori insorti prima del ventunesimo anno di età; 10 anni per quelli sviluppati dopo il compimento dei 21 anni di età (18 nel caso del Lussemburgo);

il legislatore francese, dopo un accordo trovato in commissione bicamerale paritetica, è andato persino oltre, stabilendo una soglia di 5 anni per tutte le persone guarite da un tumore, indipendentemente dall'età in cui questo è stato contratto;

nell'ambito dell'Unione europea una risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su Rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro – Verso una strategia globale e coordinata (2020/2267(INI)) nell'enunciazione dei campi di azione – al paragrafo 125 « chiede che entro il 2025, al più tardi, tutti gli Stati membri garantiscano il diritto all'oblio a tutti i pazienti europei (...) »;

lo stesso Ministero della salute ha messo in evidenza che le iniziative di eHealth migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario;

a breve, come riportato dal documento consegnato dalla Commissione al Parlamento europeo ed al Consiglio, verrà istituito il gruppo di attuazione del Piano contro il cancro dell'Unione europea, che si riunirà costantemente per discutere e riesaminare l'attuazione del Piano strategico europeo contro il cancro e della prevista missione di Orizzonte Europa; il Piano europeo di lotta contro il cancro sarà riesaminato entro la fine del 2024;

è necessario che l'Italia sostenga il Piano strategico europeo contro il cancro, facendosi promotrice di azioni concrete e immediate, occupando all'interno del gruppo di attuazione del piano una posizione di prima linea;

è opportuno avviare immediatamente il processo, anche attraverso le risorse del *Recovery Plan*;

pensare alla rete oncologica italiana come ad una emergenza puntando al sostegno della qualità della vita dei pazienti;

in relazione alla tutela delle persone oncologiche ritenute guarite occorre puntare sulla sensibilizzazione delle stesse sulla consapevolezza di essere guarite con un impatto positivo sul reinserimento lavorativo, sociale ed economico, in virtù del

principio di uguaglianza costituzionalmente garantito,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative affinché sia perfezionata al più presto l'adozione definitiva del Piano nazionale contro il cancro, in linea con il Piano europeo, e si possano raggiungere gli obiettivi che esso si propone, in particolare adoperandosi, per quanto di competenza, per:
 - a) completare il percorso istitutivo del Registro nazionale tumori e della rete dei registri regionali, assicurando un corretto conferimento dei dati regionali in unico e funzionale *database* nazionale, anche definendo gli standard di funzionamento dei registri tumori attraverso requisiti organizzativi, tecnologici e strumentali, nonché dei flussi informativi;
 - b) investire nella prevenzione, sviluppando forme di comunicazione sui corretti stili di vita dalla scuola fino ai luoghi di lavoro e aumentando le coperture vaccinali, come quelle contro l'Hpv che hanno percentuali molto basse;
 - c) contrastare l'inquinamento, che, è dimostrato, aumenta la possibilità di ammalarsi di tumore e sostenere politiche ambientali in linea con gli obiettivi della transizione verde enunciati all'interno del *green deal* europeo;
 - d) potenziare l'attività di *screening*, ovvero la cosiddetta prevenzione secondaria;
 - e) implementare la prevenzione terziaria per le persone sopravvissute ad un tumore con il miglioramento dei *follow-up* e dei corretti stili di vita per evitare il rischio di recidive, anche coinvolgendo le famiglie dei pazienti;
 - f) garantire la cura a partire dalla presa in carico dei pazienti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e potenziare l'assistenza per chi è affetto da un tumore raro e per le persone fragili malate di cancro;
 - g) garantire la riabilitazione dei malati oncologici per il completo reinserimento nella società;
 - h) applicare effettivamente le norme che riconoscono i *caregiver* oncologici per i quali è stato creato un apposito fondo da 30 milioni di euro annui fino al 2023;
 - i) prevedere interventi formativi fortemente dinamici perché riguardano un settore in continua evoluzione per quanto riguarda i modelli assistenziali, le innovazioni tecnologiche e gli aspetti indispensabili di umanizzazione e di rispetto della persona, promuovendo nello specifico la definizione di indirizzi di formazione in oncologia partendo dalla definizione di profili di ruolo del personale sanitario dedicato all'oncologia in termini di competenze necessarie a garantire l'efficacia dei percorsi di diagnosi e cura;
- 2) ad adottare iniziative per realizzare un piano straordinario di recupero per l'oncologia per colmare i ritardi causati dall'emergenza pandemica;
- 3) ad assicurare il monitoraggio della concreta attuazione del piano, delle azioni, dei contenuti programmatici previsti e dei finanziamenti, con una vera e propria cabina di regia e un adeguato sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia;
- 4) ad assumere iniziative per prevedere nel Piano oncologico nazionale dei precisi indicatori validi per valutare le *performance* delle regioni sui temi dell'uniformità della presa in carico e cura dei pazienti;
- 5) a verificare, per quanto di competenza, lo stato di attrazione in Italia degli *screening* oncologici, delle reti oncologiche (in base all'Accordo Stato-regioni del 17 aprile 2019) e di tutti i modelli organizzativi per la presa in carico dei

- pazienti oncologici ed onco-ematologici, al fine di verificare l'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi sulla *governance* del cancro;
- 6) a verificare, per quanto di competenza, che le risorse messe a disposizione dall'Unione europea siano riservate alla realizzazione degli obiettivi del piano oncologico europeo e nazionale, e che siano investite anche risorse aggiuntive certe necessarie per l'attuazione del Piano nazionale contro il cancro;
 - 7) a valutare l'opportunità di istituire una Commissione per la tutela dei diritti delle persone guarite da patologie oncologiche, presso il Ministero della salute, a cui attribuire, principalmente, compiti finalizzati a garantire la parità di trattamento delle persone che sono state affette da patologie oncologiche, e a raccogliere dati sull'osservanza delle norme da parte degli istituti bancari e di credito e sulle procedure di adozione;
 - 8) ad adottare iniziative normative urgenti in materia di adozione, che vadano a modificare la legge 4 maggio 1983, n. 184, prevedendo che le indagini sulla salute dei richiedenti non possano riguardare la diagnosi di patologie oncologiche dopo la guarigione, ai fini delle verifiche relative alla loro idoneità all'adozione;
 - 9) ad adottare iniziative per garantire non solo che i pazienti oncologici sopravvivano alla malattia, ma che vivano una vita lunga e soddisfacente, senza discriminazioni e ostacoli iniqui, un percorso serio e mirato di riabilitazione, adottando all'uopo tutte le iniziative per rendere effettivo il ritorno a una vita normale, produttiva e « di qualità » attraverso la riabilitazione oncologica tempestiva, *condicio sine qua non* per un pieno recupero fisico, nutrizionale, cognitivo, psicologico e sociale;
 - 10) ad adottare iniziative per trattare attraverso un programma personalizzato, che tenga conto dei diversi aspetti dei *deficit* funzionali, i problemi più comuni cui devono far fronte le persone guarite dal cancro, derivanti da complicanze, più o meno invalidanti, conseguenti alla malattia in sé o ai trattamenti (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, farmaci);
 - 11) ad adottare iniziative che rendano fattiva una riabilitazione oncologica in cui al centro del processo terapeutico riabilitativo vi siano la persona, i servizi e i professionisti che collaborano tra loro in rete, erogando prestazioni nell'ambito delle proprie competenze e operando su un unico *dossier*, con un unico progetto condiviso in un sistema unico e integrato;
 - 12) ad adottare iniziative per prevedere l'adozione di una modalità condivisa di registrazione delle informazioni cliniche, in particolare di una cartella unica informatizzata che rappresenta lo strumento ottimale per garantire continuità degli interventi e omogeneità delle prestazioni ed evitare duplicazioni delle procedure, rendendo gli strumenti tecnologici più efficienti e più facili da usare;
 - 13) a promuovere la ricerca in campo oncologico: da quella di base preclinica ad approcci traslazionali ed epidemiologici fino alle sperimentazioni cliniche, per consentire la scoperta di terapie sempre più innovative;
 - 14) ad adottare iniziative per assicurare l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) anche nelle fasi relative all'indagine e garantire, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, l'accesso ai farmaci oncologici innovativi approvati dall'Aifa.
- (1-00660) « Villani, Ruggiero, Nappi, Misiti, Penna, Sportiello, Mammi, D'Arrando, Loreface, Provenza ».
- La Camera,
premessi che:
dai dati relativi al 2021, derivanti dalla collaborazione tra Aiom (Associa-

zione italiana di oncologia medica), Airtum (Associazione italiana registri tumori), Fondazione Aiom e Pass, e ogni giorno in Italia si diagnosticherebbero più di 1.000 nuovi casi di cancro, circa 377.000 nuove diagnosi di tumore all'anno, di cui 195.000 fra gli uomini e 182.000 fra le donne;

da quanto si apprenderebbe da notizie riportate dalla Fondazione Airc per la ricerca sul cancro, nel corso della vita circa un uomo su 2 e una donna su 3 si ammalerebbero di tumore ed escludendo i carcinomi della cute non melanomi, i tumori in assoluto più frequenti sarebbero quelli della mammella (14,6 per cento) e del colon retto (11,6 per cento), seguiti da quello del polmone (10,9 per cento) e da quello della prostata (9,6 per cento solo nel sesso maschile);

nonostante ciò, la mortalità per tumore sarebbe in diminuzione in entrambi i sessi, ma l'invecchiamento della popolazione, che è associato al rischio oncologico, fa sì che le morti siano comunque molte in valore assoluto. Per questo la riduzione che si osserva soprattutto in percentuale è difficile da percepire. Anche i bambini e i ragazzi tra 0 e 19 anni che muoiono di tumore sono sempre meno: i decessi sono circa un terzo di quelli registrati nei primi anni Settanta;

in Europa ogni anno circa 2 milioni di persone muoiono di cancro ed insorgono più di 3 milioni di nuovi casi. Attualmente quasi 6 milioni di persone convivono con il cancro e in occasione della Giornata mondiale contro il cancro sono stati pubblicati i dati aggiornati al 2020 sul numero di casi di tumore e la relativa mortalità in 185 Paesi del mondo;

dal rapporto «*Global Cancer Statistics 2020*», prodotto in collaborazione dall'*American Cancer Society* (Acs) e dall'*International Agency for Research on Cancer* (Iarc) emergerebbe che a livello globale, una persona su 5 svilupperà un tumore nel corso della propria vita. Secondo quanto si legge sulle pagine della rivista *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, dove è stato pubblicato il documento, nel 2020 i nuovi casi di

tumore nel mondo sono stati circa 19,3 milioni e i decessi a causa della malattia circa 10 milioni;

la diffusione della pandemia di COVID-19 ha determinato gravi ritardi in ottica di prevenzione, come gli *screening*, le diagnosi e gli stessi trattamenti, modificando così quelle che saranno le tendenze nei prossimi anni. Secondo le stime un milione di casi di cancro non sarebbero stati diagnosticati e per il futuro non si può escludere che si assisterà a una diminuzione a breve termine delle nuove diagnosi per via dell'interruzione o del rallentamento dei programmi di *screening* e a un aumento della mortalità e delle diagnosi di tumori in fase avanzata in alcuni contesti;

nel 2020 sarebbero stati 2,7 milioni i casi di cancro diagnosticati nell'Unione europea e 1,3 milioni di persone, tra cui oltre 2.000 giovani, hanno perso la vita a causa di questa malattia. A meno che non si intervenga ora con decisione, si prevede che i casi di cancro aumenteranno del 24 per cento entro il 2035, diventando la principale causa di morte nell'Unione europea. Per invertire la tendenza per quanto riguarda questa malattia sarebbe stato adottato un « Piano Europeo di lotta contro il cancro », un impegno politico e un altro passo avanti verso un'Unione europea della salute forte e un'Unione europea più sicura, meglio preparata e più resiliente che disporrà di 4 miliardi di euro di finanziamenti, compresi 1,25 miliardi provenienti dal futuro programma EU4Health;

il piano conterrebbe previsioni di azioni concrete e ambiziose in supporto a quanto già profuso dagli Stati membri con particolare attenzione alla ricerca e allo sviluppo tecnologico e indirizzate in quattro aree di intervento: 1) prevenzione, 2) individuazione precoce della patologia, 3) diagnosi e trattamento, 4) migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici;

dai dati pubblicati dal Ministero della salute, e da quanto riportato dal dottor Paolo Tralongo direttore oncologia all'ospedale Umberto primo di Siracusa, oltre 3 milioni e mezzo di italiani vivono con una

diagnosi di cancro e, dopo una fase acuta, circa un milione degli stessi può essere considerato guarito. Questo contesto porterebbe il paziente a richiedere di poter rientrare in un vissuto di quotidianità normale, eppure, alla guarigione clinica, quasi difficilmente corrisponde quella sociale e così le persone guarite dal tumore spesso, devono affrontare ostacoli e discriminazioni dovuti per lo più ad una sorta di stigma sociale che impedirebbe agli stessi, di accedere ad alcuni servizi fra cui quelli finanziari, tanto da determinare difficoltà nell'accesso alla stipula di assicurazioni o mutui;

lo stesso Tralongo afferma che l'attesa di vita è oggi cambiata tant'è che si utilizza un nuovo linguaggio che considera il termine guarito e cronico, «l'attesa di vita è tale che non trova giustificazione alcuna discriminazione di accesso ai servizi finanziari»;

le difficoltà si riscontrerebbero anche per i cittadini non più soggetti a cura tumorale che ritornerebbero a confrontarsi nel mondo del lavoro o persino per coloro che vorrebbero intraprendere percorsi finalizzati all'adozione di minori;

secondo quanto dichiarato da Elisabetta Iannelli, avvocato segretario generale della Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia (Favo) e membro del comitato scientifico dell'Osservatorio permanente sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, queste persone sarebbero discriminate nell'accesso ai servizi finanziari, perché hanno, ad esempio, difficoltà a sottoscrivere o mantenere sia una copertura assicurativa per le malattie, sia una polizza vita per il caso di morte spesso richiesta come garanzia accessoria e, quindi, in sostanza, *condicio sine qua non* per accendere un mutuo;

avere avuto un cancro, anche per chi lo abbia superato, è un fatto della storia personale che potrebbe ritornare rilevante qualora si volesse accedere a una polizza o un mutuo perché, se non dichiarato al momento della sottoscrizione, in caso di sinistro, la compagnia potrebbe rifiutare di

pagare la prestazione assicurativa affermando che il rischio fosse alterato. L'ex malato di cancro si troverebbe nella difficile condizione di non sapere se dover dichiarare la pregressa patologia, con la possibilità di vedersi rifiutata la sottoscrizione della polizza, oppure di omettere di essere stato malato, con il rischio poi di vedersi negare, a causa dell'omissione, la prestazione assicurativa per cui ha pagato i relativi premi;

Armando Santoro, direttore *Humanitas Cancer Center* dell'istituto clinico Humanitas Ircss, di Rozzano, ha dichiarato che, sotto l'ampia definizione di sopravvissuti al cancro, oggi sono inclusi pazienti che vivono con neoplasie caratterizzate da remissione alternata e recidiva;

il sistema finanziario si regge sulla quantità di vita, a discapito del recupero funzionale del paziente, eppure il mondo scientifico e gli oncologi si sono espressi con chiarezza inequivocabile, tanto da sostenere che i guariti da cancro avrebbero la stessa aspettativa di vita della popolazione generale di uguale sesso e di pari età;

Antonella Campana, vicepresidente della Fondazione Aiom e membro del coordinamento volontari di « IncontraDonna » ha più volte ribadito la necessità di muoversi verso un futuro libero dallo stigma della malattia oncologica;

la tutela dei diritti dei pazienti oncologici passa anche attraverso il riconoscimento giuridico di una « guarigione dal cancro »;

tale concetto è sostenuto anche da Monica Forchetta, membro del consiglio di amministrazione di Fondazione Aiom e presidente Apaim Associazione pazienti Italia melanoma, secondo la quale « la neoplasia spesso diventa un'etichetta, anche quando non c'è più. Oggi, però, le persone guarite sono così tante che è necessario rendersi conto dell'entità del problema e intervenire per risolverlo »;

è notizia dei giorni scorsi della campagna nazionale « Io non sono il mio tumore », promossa dalla Fondazione Aiom,

finalizzata all'approvazione del « Diritto all'oblio oncologico » sul modello già attuato in Francia, Lussemburgo, Belgio, Olanda e Portogallo. L'obiettivo, secondo il presidente della fondazione, Giordano Beretta, sarebbe quello di definire « una legge che tuteli quanti hanno combattuto contro una neoplasia e che ora, proprio per questo motivo, devono confrontarsi con le discriminazioni sociali ». « Nel nostro Paese sono 3,6 milioni i cittadini che vivono con una diagnosi di cancro. Il 27 per cento di essi è guarito ». Un passo legislativo « su misura » consentirebbe agli stessi di non essere più considerati pazienti oncologici a 5 anni dalla fine delle cure – se il tumore è stato evidenziato in età pediatrica – e dopo 10 anni se la malattia è insorta da adulti;

cancro non significherebbe più necessariamente « morte » ed è quindi evidente la necessità di tutelare anche tutte le persone che terminano con successo un percorso di terapie. Ogni neoplasia richiede un tempo diverso perché chi ne soffre sia definito « guarito »; per il cancro della tiroide sono necessari meno di 5 anni dalla conclusione delle cure, per il melanoma e il tumore del colon meno di 10. Molti linfomi, mielomi e leucemie e i tumori della vescica e del rene richiedono 15 anni. Per essere « guariti » dalle malattie della mammella e della prostata ne servono fino a 20;

il Piano europeo contro il cancro, presentato nel febbraio 2021, è la risposta dell'Unione europea nel sostenere il lavoro degli Stati membri per prevenire il cancro e garantire un'elevata qualità di vita ai malati di cancro, ai sopravvissuti, alle loro famiglie e ai loro assistenti; tra le altre raccomandazioni gli eurodeputati hanno chiesto di garantire il « diritto all'oblio » in base al quale gli assicuratori e le banche non dovrebbero tenere conto della storia clinica delle persone affette da cancro) a tutti i pazienti dell'Unione europea dieci anni dopo la fine del trattamento e fino a cinque anni per i pazienti che sono stati diagnosticati prima dei 18 anni di età;

negli ultimi due anni, molti Paesi europei hanno emanato una legge che garantisce agli ex pazienti il diritto a non

essere rappresentati dalla malattia: la Francia è stato il primo Paese a stabilire per legge che le persone con pregressa diagnosi oncologica, trascorsi dieci anni dalla fine dei trattamenti o cinque, per coloro che hanno avuto il tumore prima della maggiore età, non sono tenute ad informare gli assicuratori o le agenzie di prestito sulla loro precedente malattia. Dopo la Francia è intervenuto il Belgio con una norma simile. In Lussemburgo vige dal 29 ottobre 2019, seppur non sia una vera legge, bensì un accordo tra il Governo e le assicurazioni; in Olanda il « diritto all'oblio oncologico » è stato adottato con decreto-legge il 2 novembre 2020 e più recentemente il Portogallo, con la legge n. 75 del 2021 del 18 novembre 2021, ha rafforzato l'accesso ai contratti di credito e assicurativi da parte delle persone che hanno superato o mitigato situazioni di aggravamento del rischio sanitario o di invalidità, vietando pratiche discriminatorie,

impegna il Governo:

- 1) a valutare l'opportunità di adottare, di concerto con gli Stati membri dell'Unione europea, iniziative volte allo sviluppo delle quattro aree di intervento del « Piano europeo di lotta contro il cancro »;
- 2) ad adottare iniziative volte alla prevenzione dei tumori attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti possibili al fine di garantire tutte le forme di *screening*, diagnosi e terapie opportune, anche in relazione ai ritardi scaturiti durante la pandemia da COVID-19;
- 3) ad adottare iniziative per utilizzare le risorse messe in campo dai fondi di *Next Generation EU* al fine di incentivare la ricerca, lo sviluppo di nuove cure e farmaci nonché potenziare le strutture esistenti dedicate alla cura contro il cancro;
- 4) ad adottare iniziative per delineare il quadro normativo ottimale per rimuovere ogni ostacolo al fine di garantire il diritto, a tutti i cittadini non più soggetti a cure tumorali, di poter accedere

al mondo del lavoro e a servizi economici, anche prevedendo l'istituzione di un comitato di monitoraggio con il compito di valutare le pratiche discriminatorie;

- 5) ad adottare iniziative di competenza finalizzate alla prevenzione, nonché volte ad evitare discriminazioni sociali nei confronti dei malati oncologici, anche prevedendo l'istituzione di un comitato di monitoraggio con il compito di valutare le pratiche discriminatorie;
- 6) ad adottare iniziative per sensibilizzare, nel limite delle proprie competenze e con apposite campagne di informazione, la popolazione alla cultura della « guarigione dal cancro », nonché ad adottare iniziative normative volte al riconoscimento giuridico di una « guarigione dal cancro »;
- 7) ad adottare iniziative affinché la mancata tutela del diritto all'oblio oncologico integri un'ipotesi discriminatoria in ambito lavorativo censurabile da parte degli organi preposti al controllo;
- 8) ad adottare iniziative di competenza, anche di carattere normativo, per agevolare l'accesso all'assicurazione o al credito per le persone che presentano un rischio aggravato a causa di una patologia cancerosa, regolando il diritto all'oblio oncologico senza obbligo dichiarativo qualora ricorrano periodi congrui dalla chiusura dei protocolli terapeutici relativi alla patologia ovvero con obbligo dichiarativo, senza sovrapprezzo o premi aggiuntivi, qualora ricorrano talune condizioni.

(1-00661) « Trizzino, Schullian ».

La Camera,

premesso che:

secondo le ultime statistiche pubblicate sul sito web del Parlamento europeo nella sezione attualità, nel 2020, all'interno dell'Unione europea, sono state circa 3 milioni le persone ad aver ricevuto una diagnosi di tumore e per 1,27 milioni inclusi

6000 tra bambini e giovani è stata causa decesso;

in Europa, i tumori costituiscono la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e, tuttavia, grazie a trattamenti innovativi e ad un migliore accesso alle cure, oggi sono molti i cittadini europei che riescono vivere più a lungo a seguito di tale diagnosi;

durante la pandemia di COVID-19 che ha colpito l'Europa in questi ultimi due anni si stima che 100 milioni di test di *screening* non siano stati effettuati e che un milione di casi di cancro non siano stati diagnosticati, mentre un paziente oncologico su 100 non ha ricevuto in tempo il trattamento chirurgico o chemioterapico di cui aveva bisogno;

nella sua lotta contro i tumori, l'Unione europea, oltre a integrare gli sforzi degli Stati membri rafforzando la cooperazione e lo scambio di informazioni, adottando leggi in materia dei fattori di rischio (quali tabacco, sostanze cancerogene o pesticidi) e lanciando campagne di sensibilizzazione, ha istituito nel 2020 la commissione speciale sulla lotta contro il cancro (Beca) la cui relazione finale e le sue raccomandazioni sono state approvate nel corso della sessione plenaria del febbraio 2022;

tali raccomandazioni inserite nella Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro – Verso una strategia globale e coordinata (2020/2267(INI)) prevedono i seguenti campi di azione:

a) prevenzione oncologica in tutte le politiche europee:

1. programmi di *screening* e diagnosi del cancro inclusivi;

2. parità di accesso alle cure oncologiche: verso cure della massima qualità;

3. parità di accesso alle cure e ai medicinali oncologici nell'UE;

4. parità di accesso alle cure oncologiche multidisciplinari e di qualità:

verso una migliore risposta all'impatto delle crisi sanitarie sui pazienti oncologici;

5. forte sostegno ai pazienti oncologici, ai sopravvissuti alla malattia e ai prestatori di assistenza;

6. le sfide dei tumori infantili, negli adolescenti e nei giovani adulti;

7. le sfide dei tumori rari in età adulta;

b) Strumenti d'azione:

1. ricerca olistica e relative implicazioni;

2. conoscenze condivise;

3. finanziamento del piano europeo di lotta contro il cancro;

in precedenza, il 3 febbraio 2021 la Commissione europea aveva presentato il Piano europeo di lotta contro il cancro incentrato su quattro grandi aree di intervento:

a) prevenzione, attraverso azioni finalizzate ad arginare i principali fattori di rischio, ad esempio il tabagismo (affinché entro il 2040 la percentuale di popolazione che fa uso di tabacco sia inferiore al 5 per cento) il consumo nocivo di alcol, l'inquinamento ambientale e le sostanze pericolose, promuovendo l'alimentazione sana e l'attività fisica e prevenendo i tumori causati da infezioni e incrementando le vaccinazioni;

b) individuazione precoce, migliorando l'accesso alla diagnostica e la sua qualità e appoggiando gli Stati membri di modo che entro il 2025 il 90 per cento della popolazione dell'Unione europea che soddisfa i requisiti per lo *screening* del tumore al seno, del tumore del collo dell'utero e del tumore del colon-retto abbia la possibilità di sottoporvisi;

c) diagnosi e trattamento, mediante azioni volte a offrire una migliore assistenza integrata e completa correggendo le disparità di accesso a cure e medicinali di alta qualità. Di qui al 2030 il 90 per cento degli aventi diritto dovrebbe avere accesso a centri nazionali integrati di

cancerologia facenti parte di una rete dell'Unione europea;

d) miglioramento della qualità della vita dei malati di cancro e dei sopravvissuti, compresi gli aspetti di riabilitazione e di possibile recidiva o metastasi, e misure per facilitare l'integrazione sociale e il reinserimento lavorativo;

per quanto riguarda l'Italia secondo l'ultimo rapporto « i numeri del cancro in Italia » pubblicato a ottobre 2021 a cura di Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), Registri tumori italiani (Gruppo di lavoro numeri 2021), Società italiana di anatomia patologica e di citologia diagnostica (Siapec-Iap), Fondazione Aiom, sorveglianze Passi e Passi d'Argento (PdA) dell'Istituto superiore di sanità e Osservatorio nazionale screening (Ons) che descrive gli aspetti relativi alla diagnosi e terapia delle neoplasie, nel 2021 sono stimate 181.330 morti per neoplasie (100.200 uomini e 81.100 donne), 1.870 in meno rispetto al 2020. Più in generale, negli ultimi sei anni, si è osservato un calo complessivo della mortalità per cancro del 10 per cento negli uomini e dell'8 per cento nelle donne. Dal 2015 a oggi, nei maschi sono diminuite del 18,4 per cento le morti per neoplasie dello stomaco, del 15,6 per cento quelle del polmone, del 14,6 per cento alla prostata e del 13,6 per cento del colon-retto. Aumentano nella popolazione femminile i decessi per i carcinomi della vescica (+5,6 per cento) e del polmone (+5 per cento), strettamente legati al fumo di sigaretta, mentre calano quelli allo stomaco (-25 per cento), colon-retto (-13,2 per cento), ovaio (-9 per cento) e mammella (-6,8 per cento). L'alto livello dell'assistenza oncologica in Italia è evidenziato dalle percentuali di sopravvivenza a 5 anni, che migliorano per tutte le neoplasie attestandosi al 59 per cento negli uomini ed al 65 per cento nelle donne (rispetto al 54 per cento e 63 per cento della rilevazione precedente aggiornata al 2015);

l'aumento dell'incidenza del numero di nuovi casi ogni anno di tumori infantili registrato in Italia fino alla seconda metà degli anni Novanta si è arre-

stato. Airtum, l'Associazione italiana registri tumori, stima che per il quinquennio 2016-2020, in Italia, siano state diagnosticate 7.000 neoplasie tra i bambini e 4.000 tra gli adolescenti (15-19 anni), in linea con il quinquennio precedente. La media annuale stimata è di 1.400 casi nella fascia d'età 0-14 anni e 900 in quella 15-19 anni;

a causa della pandemia tra marzo e aprile 2020, si è verificata la sospensione degli screening, in particolare essa è stata pari al 33 per cento per lo *screening* cervicale, al 31,8 per cento per quello coloretale e al 26,6 per cento per quello mammografico. La riduzione degli esami è stata pari al 45,5 per cento per lo *screening* coloretale (-1.110.414 test), al 43,4 per cento per quello cervicale (-669.742), al 37,6 per cento per le mammografie (-751.879) facendo sì che fossero ci fossero eseguiti circa 2 milioni e mezzo di *screening* in meno e, attualmente gli effetti del ritardo sulla diagnosi precoce sono al momento difficilmente quantificabili;

per prevenire forme tumorali oltre agli *screening* è necessario adottare, fin da giovani, corretti stili di vita. Sicuramente è una grande sfida, per la salute mondiale, educare i più giovani e sensibilizzarli su quanto sia fondamentale assumere comportamenti che possano prevenire malattie oncologiche. È difficile pensare a interventi di prevenzione, poiché, nella maggior parte dei casi, i tumori infantili non dipendono da stili di vita ma da fattori non del tutto noti;

è però possibile proteggere i bambini dallo sviluppo di alcuni tipi di tumori attraverso specifiche vaccinazioni: quella contro il virus dell'epatite B, per evitare il cancro del fegato a cui predispone questa malattia, e la vaccinazione contro L'hpv, a partire dai 12 anni, per prevenire insieme all'infezione i tumori, tra gli altri, del collo dell'utero, del pene, dell'ano e del cavo orale;

quel che è molto diverso per i tumori pediatrici e che è decisamente cambiato, negli ultimi quarant'anni, è il tasso di mortalità, che è in netta diminuzione: nel

2008 i decessi erano circa un terzo di quelli registrati nei primi anni Settanta, e oggi oltre l'80 per cento dei pazienti guarisce;

pur essendo guariti, però molti ex pazienti oncologici pediatrici definiscono sé stessi come *long term survivor* o sopravvivenenti di lungo corso;

gli ultimi dati dicono che, dopo la diagnosi, tre bambini su quattro guariscono completamente. Crescendo, queste persone (il cui numero in Europa oggi si stima tra 300.000 e 500.000, di cui appunto circa 50.000 in Italia, con un'età media di 25-29 anni) escono dalle competenze dell'oncologo pediatra, ma, purtroppo, non esiste ancora una figura professionale che le possa accompagnare nell'età adulta, non per praticare cure o esami particolari – possono infatti condurre una vita del tutto normale – ma perché possono avere dei problemi clinici causati dalle cure cui sono stati sottoposti da bambini;

una minoranza di bambini guariti dal tumore subisce da adulti le conseguenze della malattia o gli effetti secondari delle cure;

ancora non è del tutto noto quanto le terapie somministrate in età pediatrica possano incidere sulla crescita o sulla possibilità di avere figli, o sulla possibilità di sviluppare malattie del cuore, o sul rischio di sviluppare un secondo tumore indotto dai trattamenti per la cura della neoplasia primitiva;

sono necessari farmaci sempre più mirati alle specificità dell'organismo in crescita, limitando le sequele nella successiva vita adulta e « su misura » per ogni bambino;

per ottimizzare i livelli di salute e di qualità di vita dei lungo sopravvivenenti e per evitare che l'aderenza ai programmi di *follow-up* (FU) venga meno nel periodo di passaggio dall'infanzia all'età adulta, è fondamentale sviluppare un programma di sorveglianza che continui anche oltre la maggiore età;

nella crescita dall'età pediatria all'età adulta si realizza il passaggio dal fa-

miliare ambiente pediatrico, in cui la responsabilità per le cure e il FU è dei genitori, a un ambiente per adulti sconosciuto, in cui è il lungo sopravvive steso che si deve prendere la responsabilità primaria del proprio stato di salute. In questa fascia di età la sovrapposizione di competenze di specialisti pediatrici e medici dell'adulto rende ulteriormente difficile una pianificazione di *Long-Term Follow-Up* (Ltfu), in quanto non c'è un accordo chiaro su chi debba gestire questi pazienti. Per questi motivi spesso si assiste all'abbandono del programma di sorveglianza da parte dei pazienti e alla perdita del *follow-up*, rendendo sempre più meno frequenti con l'avanzare dell'età i controlli presso i centri;

il *Children's Cancer Survivors Study Group* ha condotto un'analisi sulla frequenza con cui i 18-19enni si recano al centro di riferimento ed è emerso che solo il 31 per cento di essi e il 17 per cento dei pazienti oltre i 35 anni hanno effettuato i controlli nei due anni precedenti;

il problema evidente in questa fascia di età è che essa risulta essere la meno sorvegliata nonostante sia anche il periodo in cui si assiste maggiormente alla comparsa di effetti tardivi anche gravi a causa dell'aumento di patologie solitamente tipiche dell'età avanzata che in questa popolazione di « guariti » si manifestano precocemente, più velocemente e aggressivamente rispetto alla popolazione dei loro coetanei;

lo stesso Fondo mondiale per la ricerca sul cancro (*World Cancer Research Fund*), a distanza di circa dieci anni dall'edizione precedente, ha pubblicato un'impegnativa revisione di tutti gli studi scientifici dedicati al rapporto tra alimentazione, stili di vita e tumori, le cui conclusioni non solo influenzano le strategie politiche e i programmi di prevenzione promossi dai singoli Paesi ma si spera possano anche indirizzare le scelte individuali per condurre una vita più sana;

l'ultimo piano oncologico nazionale scaduto nel 2016 non è più adeguato ai

tempi: il numero dei casi di tumori sono in aumento così come sono variati gli attuali percorsi diagnostici terapeutici rispetto alle linee del piano e l'emergenza da COVID-19 ha fatto emergere esigenze diverse dei pazienti;

emerge sempre più forte la necessità che l'Italia si adegui al Piano europeo affinché sia superata l'emergenza, siano potenziate le infrastrutture, vi sia un maggior adeguamento all'innovazione tecnologica e venga superata quella disparità regionale nell'assistenza e nella presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie non più tollerabile e giustificabile;

gli effetti indiretti che la pandemia ha avuto sulla capacità di prevenzione e assistenza oncologica ed oncoematologia, i ritardi delle prestazioni di *screening*, delle diagnosi e dell'accesso a nuovi trattamenti terapeutici, degli interventi chirurgici e la maggiore complessità assistenziale impongono la messa in atto di un nuovo Pon basato sulle 10 iniziative « Faro » del Piano oncologico europeo;

è necessario che il nuovo piano sia centrato sulla persona e sulla sua presa in carico, sul suo percorso terapeutico che, come sancito nell'accordo Stato-regioni del 2019, individui nella rete oncologica il miglior modello organizzativo per un adeguato livello di accoglienza e integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, assicurando per tutti un equo accesso alle cure e superando un sistema attualmente incentrato solo sull'assistenza ospedaliera;

in ragione della rilevanza economica e sociale del cancro, l'adozione del nuovo piano oncologico nazionale (Pon) rappresenta una priorità per l'intero sistema, anche in considerazione di quanto viene richiesto agli Stati membri e stanziato (4 miliardi di euro) dal Piano europeo di lotta contro il cancro;

alla luce delle 10 iniziative indicate nel Piano oncologico europeo sono state indicate le 5 aree di impatto su cui deve agire il nuovo Pon: organizzazioni e reti, innovazione e medicina personalizzata, prevenzione e promozione della salute, equità

di accesso a diagnosi e trattamento con alti *standard* di qualità, qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia;

numerosi sono stati gli atti d'indirizzo e di sindacato ispettivo presentati in Parlamento in questa legislatura su questo tema e nell'ultimo atto di sindacato del 17 maggio 2022 (n. 5/08095) il Governo nel dare la risposta comunicava la conclusione dell'iter del nuovo piano oncologico nazionale;

successivamente a tale dichiarazione è stata pubblicata una bozza (che deve ancora andare al vaglio della Conferenza Stato-regioni) del nuovo Piano che affronta tutte le problematiche per la prevenzione, la cura e l'assistenza ai malati di cancro con rinnovata attenzione ai percorsi assistenziali grazie a « un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico » e con il grande obiettivo della riduzione fino all'eliminazione delle disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e cura;

prevenzione, percorsi di cura chiari ed omogenei nonché attenzione al malato e a chi lo assiste, esenzione dal *ticket* anche nelle fasi di indagine, digitalizzazione per snellire la burocrazia, assistenza sempre più domiciliare e integrata con l'ospedale e i servizi territoriali per evitare di dover andare da un presidio all'altro, formazione degli operatori sanitari e campagne informative per i cittadini, supporto nutrizionale e psicologico, ampliamento delle fasce di età per gli *screening*, cure palliative a domicilio e potenziamento delle coperture vaccinali, attenzione verso i *caregiver* oncologico, riabilitazione del malato oncologico sono alcune delle linee che si possono leggere nella bozza del nuovo Piano oncologico nazionale 2022-2027;

sicuramente, sulla carta, si tratta di un piano ambizioso dove è necessario indicare contestualmente le disponibilità delle risorse economiche e finanziarie necessarie per la sua concreta attuazione (nel Piano non si prevedono risorse in più rispetto a

quelle già previste dal Fondo sanitario nazionale, dal PNRR e da altri fondi europei) nonché una *road map* che definisca nei dettagli i singoli passaggi successivi per la sua concreta applicazione;

nel piano nazionale oncologico è necessario affrontare anche il problema dei lungo sopravvissuti che, grazie ai miglioramenti delle terapie e delle cure assistenziali per i tumori dell'infanzia, negli ultimi decenni hanno fatto registrare in Europa un continuo aumento (una persona ogni 650-1000 tra la popolazione generale);

la leucemia è la neoplasia più comune in età pediatrica e rappresenta il 25-30 per cento di tutti i casi registrati annualmente. L'elevato tasso di sopravvivenza è accompagnato, tuttavia, da un rischio significativo di eventi avversi tardivi che incidono notevolmente: sulla qualità della vita, su morbilità e sulla mortalità. Il 60 per cento di lungo sopravvissuti presenta una o più malattie croniche dovute alle cure, mentre il 30 per cento è affetto da patologie gravi o mortali. Gli eventi cardiologici tardivi, in particolare da antracicline e radioterapia, sono tra i più frequenti e la mortalità cumulativa a 30 anni dalla diagnosi è dovuta più ad altre cause che al tumore primitivo. Questi dati dimostrano l'importanza del fenomeno e della reale necessità di impostare un valido programma di *Long-Term Follow-Up* (Ltfu) per lo *screening* e la diagnosi precoce dei *Late Effects* (Le),

impegna il Governo:

- 1) a definire tempistiche certe per la conclusione dell'iter di approvazione del nuovo Piano oncologico nazionale nonché una *road map* per la sua concreta attuazione, contenente, tra l'altro, una cogente tempistica di attuazione (*time table*) e precisi, misurabili ed ineludibili elementi di verifica della sua attuazione nelle diverse regioni;
- 2) ad adottare iniziative per individuare ulteriori risorse economiche e finanziarie atte a garantire l'attuazione delle finalità e degli obiettivi che devono

- essere indicati nel nuovo piano oncologico nazionale;
- 3) ad adottare iniziative di competenza volte a ridurre il divario ora esistente tra i vari ambiti regionali, con particolare attenzione alle regioni del Mezzogiorno, prevedendo, altresì, un meccanismo di monitoraggio per la concreta attuazione del Piano stesso, includendovi indicatori predefiniti e misurabili per la valutazione delle attività regionali rispetto alla presa in carico e cura del paziente e della sua famiglia;
 - 4) ad adottare iniziative per garantire gli obiettivi di *screening* previsti dal piano oncologico europeo nonché a predisporre campagne informative e preventive attraverso screening per le popolazioni maggiormente a rischio, al fine di recuperare quanto non fatto in questi ultimi due anni a causa della pandemia, incentivando anche l'attività di prevenzione secondaria;
 - 5) a promuovere, a livello territoriale, un approccio multidisciplinare con una presa in carico globale del malato oncologico al fine di garantire il benessere psicofisico complessivo del paziente oncologico;
 - 6) a dare completa attuazione alla legge n. 29 del 22 marzo 2019 recante « l'istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione » completando il Registro nazionale tumori, assicurandone un corretto funzionamento anche attraverso un corretto e completo trasferimento dei dati regionali al *data base* nazionale;
 - 7) a dare piena attuazione all'accordo « Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale », dal momento che uno dei principali obiettivi della Rete oncologica è costituito dalla condivisione e dallo scambio di informazioni cliniche al suo interno, valutando la possibilità di superare l'automatica applicazione del modello *Hub&Spoke*, che fino ad oggi ha impedito una reale attivazione delle reti oncologiche in molte regioni e proponendo modelli alternativi, come quello del *Comprehensive Cancer Network*, basato su Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) regionali vincolanti, attraverso una armonizzazione normativa dei rimborsi regionali, attribuiti al percorso diagnostico terapeutico e non solo alla singola prestazione, che potrebbe essere resa al cittadino, in maniera coordinata, in uno dei Centri assistenziali previsti nel percorso diagnostico-terapeutico del *network* assistenziale al cittadino medesimo più agevolmente accessibili;
 - 8) a predisporre tutte le iniziative necessarie per assicurare un completo reinserimento sociale e lavorativo del malato oncologico;
 - 9) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, anche in relazione all'approvazione di un nuovo modello di assistenza territoriale, volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale nell'ottica di ridurre, parallelamente, il numero di accessi alle strutture ospedaliere, anche attraverso la creazione di modelli innovativi come quello del teleconsulto strutturato, controllato e riconosciuto associato alla « *Home delivery* » dei farmaci, anche armonizzando l'attuale normativa di cessione ospedaliera;
 - 10) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per rinnovare e modernizzare la dotazione strumentale e tecnologica per gli *screening* diagnostici, per le attività chirurgiche e per la radioterapia;
 - 11) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che presentino i necessari requisiti per l'accreditamento, nell'ottica di sviluppare e diffondere la terapia Car-T;
 - 12) a promuovere l'oncologia di precisione attraverso l'istituzione dei Mo-

- lecular Tumor Board* (Mtb) nell'ambito delle Reti oncologiche regionali (Ror) e l'istituzione dei Centri di profilazione genomica (*Next Generation Sequencing* – Ngs), secondo quanto previsto dall'articolo 8, commi 1-*bis*-1-*quater* del DL n. 152/2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 2021 n. 233, invitando l'Aifa a rendere nuovamente disponibili, a tutti gli oncologi o almeno ai Mtb, l'Osservatorio delle sperimentazioni cliniche, per garantire una reale equità di potenziale accesso a terapie innovative, ancorché non ancora convenzionali;
- 13) ad adottare iniziative di competenza, nel quadro del potenziamento delle attività di prevenzione e cura dei tumori, per attuare quanto previsto dall'intesa Stato-regioni 26 ottobre 2017 sul documento « Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche », nell'ottica di garantire il più ampio accesso alla medicina di precisione, promuovendo una sollecita adozione delle conclusioni del tavolo di coordinamento inter-istituzionale con il compito di attuare il piano, con particolare riferimento agli investimenti necessari per assicurare la multidisciplinarietà, strutture adeguate e personale altamente specializzato;
- 14) ad adottare iniziative volte a garantire il sostegno psicologico così come previsto dai livelli essenziali di assistenza (Lea) anche ai malati oncologici;
- 15) a predisporre campagne informative, con particolare attenzione alle fasce più giovani della popolazione, volte ad adottare stili di vita corretti in un'ottica di prevenzione delle malattie oncologiche;
- 16) ad adottare iniziative per definire ed organizzare, per quanto di competenza, per i pazienti oncologici pediatrici guariti programmi di controllo per la gestione del « guarito » e degli eventuali effetti a distanza nonché per definire misure per la presa in carico nel periodo di transizione tra l'età pediatrica e quella adulta;
- 17) ad adottare iniziative per definire ed organizzare, per quanto di competenza, anche per i pazienti oncologici adulti, degli « ambulatori dei guariti », da attuare in accordo con la medicina del territorio in strutture extraospedaliere per ridurre l'impatto psicologico negativo delle strutture di cura oncologica;
- 18) ad adottare iniziative volte al potenziamento della ricerca clinica e traslazionale oncologica, adoperandosi celermente per l'adozione dei decreti attuativi del regolamento europeo della sperimentazione clinica di medicinali per uso umano (536/2014);
- 19) ad adottare iniziative volte alla definizione di nuovi modelli di protezione dei dati personali dei pazienti oncologici (e non dei cittadini), tutelando i *Data protection officer* (Dpo) aziendali, attraverso una semplificazione delle procedure che sia in grado di non rallentare o bloccare la ricerca clinica e traslazionale innovativa.
- (1-00663) « Carnevali, Lorenzin, Siani, De Filippo, Ianaro, Rizzo Nervo, Pini, Lepri ».

MOZIONI ROMANIELLO, AZZOLINA, PANIZZUT, DELRIO, CAPPELLACCI, FERRI, BERSANI, CARELLI, SAPIA, VIANELLO, TRIZZINO, CECCONI, EHM ED ALTRI N. 1-00536 (NUOVA FORMULAZIONE) E ROMANIELLO, AZZOLINA, DELRIO, CAPPELLACCI, FERRI, BERSANI, CARELLI, VIANELLO, TRIZZINO, CECCONI, EHM ED ALTRI N. 1-00536 CONCERNENTI INIZIATIVE PER UNA STRATEGIA NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Mozioni

La Camera,

premesso che:

il suicidio è e deve essere riconosciuto come un serio problema di salute pubblica;

ogni anno, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel mondo oltre 800 mila persone muoiono per suicidio, l'equivalente di una vittima ogni 40 secondi. La mortalità complessiva del fenomeno supera il numero di morti per malaria, cancro al seno o demenza. Inoltre, per ogni suicidio, si contano circa 20 tentativi di suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

secondo uno studio condotto nel 2019 dal *Global burden disease*, nel 2016 il suicidio è risultato tra le 10 principali cause di morte in Europa, così come in Asia centrale, Australasia, America latina meridionale e nei Paesi ad alto reddito del Nord America. Inoltre, secondo un *report* dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2014, il suicidio comprende il 56 per cento di tutte le morti di carattere violento, un numero più elevato delle morti causate da guerre e omicidi. Nello specifico, l'81 per cento delle morti violente nei Paesi ad alto

reddito e, rispettivamente, il 44 per cento e il 70 per cento nei Paesi a basso e medio reddito;

il suicidio è un fenomeno collegato all'età e al genere: nei Paesi ad alto reddito i più recenti studi confermano un tasso di suicidio negli uomini tre volte maggiore rispetto alle donne; lo scarto diminuisce nei Paesi a medio-basso reddito dove il tasso di suicidio maschile è superiore del 57 per cento. La scelta di metodi autolesivi, che presentano una maggiore potenzialità di esito fatale, rappresenta un fattore rilevante riguardo la differenza di genere;

in linea generale, gli uomini presentano tassi di mortalità per suicidio più elevati in tutte le età, eccetto per la fascia dai 15 ai 29 anni, per la quale il suicidio, oltre a rappresentare la seconda principale causa di morte in tutto il mondo (8,5 per cento), costituisce la prima causa di morte tra le giovani donne a livello globale;

la riduzione del tasso dei suicidi è uno degli obiettivi dell'Agenda delle Nazioni Unite 2030 per lo sviluppo sostenibile;

nel 2014 è stato pubblicato il primo *World health organization world suicide report* « Prevenire il suicidio: un imperativo globale », il quale mirava ad aumentare la consapevolezza dell'importanza della salute pubblica riguardo i tentativi di suicidio e il suicidio, al fine di rendere la preven-

zione del suicidio un'alta priorità nell'agenda della salute pubblica globale. Il *report* si proponeva, inoltre, di incoraggiare e sostenere i Paesi per sviluppare o rafforzare strategie globali di prevenzione del suicidio con un approccio multisettoriale di sanità pubblica;

ad oggi, solo alcuni Paesi nel mondo hanno incluso la prevenzione del suicidio tra le loro priorità sanitarie e solo 38 Stati possiedono una strategia nazionale di prevenzione del suicidio;

L'Organizzazione mondiale della sanità ha incentivato gli sforzi di prevenzione nella direzione di una strategia nazionale che riconosca il suicidio e i tentativi di suicidio come un grave problema di salute pubblica, impegnando i Governi ad affrontarlo. Nello specifico, risulta necessario fornire un quadro strutturale che incorpori vari aspetti della prevenzione del suicidio e fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche;

Le strategie nazionali si pongono l'obiettivo di individuare le principali strutture competenti in materia e di assegnare loro responsabilità specifiche, coordinandone l'operato. La struttura deputata al coordinamento della strategia nazionale deve, inoltre, occuparsi di identificare le lacune principali all'interno della legislazione vigente, nella fornitura dei servizi e nella raccolta dei dati e di suggerire elementi di risoluzione dei limiti strutturali, come l'esigenza di risorse umane e finanziarie necessarie per implementare nuovi modelli di intervento. Un piano di prevenzione così strutturato è in grado di modificare e sensibilizzare le comunicazioni dei media, di proporre un quadro solido di monitoraggio e di valutazione, infondendo un senso di fiducia nelle istituzioni e facilitando la ricerca scientifica sui comportamenti suicidari;

nei Paesi ad alto reddito, l'impiccagione costituisce il 50 per cento dei suicidi, mentre le armi da fuoco si collocano al secondo posto rappresentando il 18 per cento dei casi. Negli Stati Uniti, dove la

vendita di armi rappresenta un problema reale, all'interno della strategia nazionale per la prevenzione del suicidio è stata identificata la detenzione di armi come uno dei 4 fattori critici da trattare allo scopo di ridurre il fenomeno del 20 per cento entro il 2025;

il più importante fattore di rischio suicidario è rappresentato da uno o più precedenti tentativi di suicidio;

un noto aspetto critico relativo al fenomeno suicidario riguarda il cosiddetto « contagio » un fenomeno comune che si manifesta con l'aumento dei comportamenti suicidari nel periodo immediatamente successivo ad un episodio suicidario, o con disturbi collegati allo stress derivante dall'evento traumatico. Attualmente, il nostro Paese non investe nei servizi di *postvention*. *Postvention* è un programma che serve a gestire gli aspetti traumatici di un suicidio o di un tentato suicidio quando esso si verifica all'interno delle istituzioni scolastiche. Ha lo scopo di ridurre al minimo i rischi di emulazione, di prendere in carico i soggetti più sofferenti, di aiutare l'istituzione a superare le maggiori difficoltà che il trauma comporta. Tali servizi, che rappresentano la risposta a questo peculiare fenomeno, sono stati implementati nei protocolli di intervento da molti Paesi, tra i quali il Regno Unito, l'Australia e la Nuova Zelanda, consentendo di osservare effetti positivi. Anche in Italia esistono alcuni servizi, tra cui rivestono particolare importanza quelli di alcuni enti quali, a titolo di esempio, la De Leo Fund, i cui servizi sono ricalcati anche all'estero, e la Fondazione Minotauro, presieduta da Matteo Lancini, ma non esiste un *network* pubblico efficace sul territorio nazionale;

dal *dossier* elaborato dall'ONS il consumo dei farmaci antidepressivi può offrire indicazioni relative allo stato psicologico e la depressione, che ha un'incidenza estremamente alta nelle persone comprese tra i 18 e 64 anni, rappresenta una delle cause degli atti suicidari;

i tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma il suicidio è

tra le primissime cause di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni. Tali decessi presentano impatti devastanti sul contesto sociale e sulle famiglie ed emerge spesso che il suicida non si è mai rivolto ai servizi sanitari e sociosanitari;

nel nostro Paese, ogni anno, circa 4.000 persone si tolgono la vita e si stima che almeno la metà di esse potrebbe essere salvata con un intervento adeguato. Il numero di vittime, che non contempla il dato sommerso, prodotto dell'assenza di un osservatorio dedicato e di sistemi di rilevamento avanzati, è paragonabile a quello di una bomba atomica dilazionata in 10 anni, in grado di far sparire per sempre una città di medie dimensioni;

esiste una relazione tra suicidi e crisi socio-economiche, come il corso della storia ha sempre dimostrato. Nel 2016 l'Istat ha riportato che il suicidio è la causa di morte più direttamente influenzata dalle crisi economiche;

secondo una nota pubblicata dal professore Daniele dell'Università Magna Graecia, tra il 2007 e il 2010 il numero di suicidi è cresciuto del 34 per cento tra i disoccupati, del 19 per cento tra gli occupati e del 13 per cento tra le persone fuoriuscite dal mondo del lavoro;

nel 2009 si sono verificati 4.884 suicidi, in eccesso rispetto al numero previsto in base alle tendenze precedenti (2000-2007). Per quanto riguarda l'Europa, i suicidi in eccesso si sono verificati principalmente negli uomini di età compresa tra 15 e 24 anni, mentre nelle Americhe sono stati gli uomini di età compresa tra 45 e 64 anni a mostrare il maggiore aumento. L'incremento è stato osservato in particolare nei Paesi che presentavano bassi livelli di disoccupazione nel periodo precedente la crisi, nei Paesi con livelli più elevati di perdita di posti di lavoro e negli uomini;

ad oggi, la pandemia da COVID-19 sta esercitando un impatto particolarmente grave sulle condotte suicidarie all'interno del quadro descritto, già allarmante in precedenza. Alcuni dati rilevanti riguardo allo stato dell'arte emergono dalle rilevazioni

condotte da enti di ricerca che si occupano di determinate categorie di soggetti a rischio e fasce di età specifiche della popolazione;

negli ultimi mesi, tra ottobre 2020 e gennaio 2021, nell'unità operativa complessa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma è stato registrato un incremento del 30 per cento dei tentativi di suicidio e degli atti di autolesionismo e il reparto risultava occupato al 100 per cento, mentre negli altri anni, di media, il dato si attestava intorno al 70 per cento;

tra febbraio 2020 e febbraio 2021 è stato registrato un aumento del 32 per cento delle richieste legate alla salute mentale, come l'ideazione suicidaria, gli atti autolesivi e i tentativi di suicidio, pervenute al servizio 114 « Emergenza infanzia » promosso dal Dipartimento per le politiche della famiglia e gestito da Telefono azzurro;

un recente studio, che ha coinvolto genitori di bambini e adolescenti in Italia, Spagna e Portogallo, ha evidenziato che il 19 per cento dei bambini e il 38 per cento degli adolescenti mostrano sintomi di ansia e depressione e che c'è stato un netto incremento di questi livelli rispetto a quelli riportati in altri studi condotti negli stessi Paesi nel periodo pre-COVID-19;

già nel 2008, in una comunicazione presentata al XXIV congresso nazionale della Società italiana neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia), dal titolo « Complessità e specificità in neuropsichiatria dell'età evolutiva: lo sviluppo delle conoscenze e il miglioramento delle cure », la Sinpia poneva in risalto le questioni relative al ricovero e all'emergenza psichiatrica in adolescenza che non riuscivano già allora a diventare una priorità organizzativa nazionale, nonostante l'allarme periodico sul fenomeno e l'evidenza di un incremento del numero di ricoveri per disturbi psichici dei minori e nonostante « gli studi epidemiologici indichino che tra il 18 per cento e il 21 per cento dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta un *impairment*

rilevante e che, nell'arco di tutta l'adolescenza, si stima che tra il 9 e il 13 per cento dei ragazzi e delle ragazze possa presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale »;

risultano perciò essenziali il monitoraggio dell'andamento delle condizioni psicologiche degli italiani e la costruzione di una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;

i dati sono allarmanti anche in riferimento agli imprenditori, categoria maggiormente colpita dai suicidi per motivazioni economiche. L'omonimo osservatorio, che cerca di reperire questa sezione specifica di dati, riporta un aumento del 79,5 per cento dei suicidi per motivazioni economiche e un aumento del 78,3 per cento dei tentativi di suicidio;

un'altra categoria gravemente colpita è quella delle donne vittime di violenza. Dal VII rapporto Eures sul femminicidio/suicidio in Italia, emerge che da marzo a ottobre 2020, periodo dell'attività più intensa del Coronavirus e dell'adozione delle misure più restrittive, l'incremento dei cosiddetti femminicidi-suicidi è aumentato del 90,3 per cento;

il rischio di suicidio è poi accresciuto per le persone che, essendo portatrici di fattori di discriminazione, corrono maggiormente il pericolo di subire fenomeni di aggressione, emarginazione ed esclusione. Tra questi particolarmente preoccupanti sono i dati riferibili a persone LGBTIQ+;

il suicidio nelle Forze armate e nei Corpi di polizia in Italia è un fenomeno diffuso e trasversale e tra i militari e i poliziotti si registrano tassi di suicidio maggiori rispetto ad altre categorie professionali; si rileva che spesso gli stati psicologici disfunzionali accusati dai militari vengono celati e tenuti nascosti, poiché esiste una riluttanza a manifestare tali forme di disagio, al fine di impedire la compromissione della propria carriera lavorativa o, in situazioni limite, per non risultare soggetti alla destituzione dal proprio incarico;

il Servizio sanitario nazionale, nel campo della salute mentale, risulta carente in termini di numerosità di posti di ricovero, di *day hospital* e di ambulatorio, ma anche in termini di investimenti sui servizi territoriali, residenziali e domiciliari;

i suicidi sono prevenibili con interventi puntuali, basati su evidenze e spesso a basso costo. In relazione alle evidenze, risulta promettente l'adozione di metodi di indagine sociale, quali gli studi longitudinali sui suicidi, al fine di comprendere la portata degli effetti post *lockdown* e degli strascichi conseguenti alla pandemia. Affinché le risposte nazionali siano efficaci, è necessaria una strategia multisettoriale globale di prevenzione del suicidio;

nel corso della giornata mondiale per la prevenzione del suicidio, celebrata il 10 settembre 2021 è intervenuto il professor Maurizio Pompili, docente di psichiatria all'Università Sapienza di Roma e direttore del servizio per la prevenzione del suicidio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea di Roma, realtà nazionale unica nel suo genere, operante presso un'azienda ospedaliera pubblica e che si occupa efficacemente della complessiva attività clinico-assistenziale, a partire dal servizio di primo ascolto e accoglienza telefonica e fino alla gestione dei cosiddetti *survivors*, persone sopravvissute al dramma del suicidio avvenuto nella propria famiglia o nel contesto più prossimo;

ha dichiarato che la prevenzione è possibile e riguarda tutti: informare l'opinione pubblica, aiutare familiari e amici a riconoscere i segnali di allarme, sfatare i falsi miti su chi tenta di compiere un gesto estremo e contrastare lo stigma, consentirebbero di dimezzare l'entità del fenomeno;

a causa della crisi pandemica, numerose condizioni di rischio connesse al suicidio si sono intensificate e aggravate, tra le quali la perdita del reddito e la conseguente riduzione della capacità di spesa, la perdita del posto di lavoro, le difficoltà di accesso alla rete sanitaria per le fasce più deboli della popolazione, l'ag-

gravamento di condizioni mentali precarie e l'aumento delle fragilità psico-sociali, l'eventuale convivenza forzata con persone violente durante il *lockdown*, il mancato soddisfacimento di bisogni fondamentali, quali l'autonomia decisionale, la mobilità spaziale, la libertà di contatto con i propri cari;

il primo aspetto fondamentale connesso alla prevenzione del suicidio è rappresentato dalla necessità di raccogliere dati con precisione. Infatti, come affermato dal Professor Diego Diego De Leo, riconosciuto tra i massimi esperti di settore a livello mondiale, il suicidio, rispetto ad altre cause di morte, risulta più incline a subire processi di errata classificazione. Inoltre, i dati attualmente disponibili non sono correntemente aggiornati e l'ultimo annuario statistico dell'Istat del 2020 contiene dati relativi al 2017, quando vennero registrati 3.940 atti suicidari. Si rileva che tale dato non dà conto dei tentativi di suicidio, rispetto ai quali non sono registrati dati, e risulta impossibile determinare una tendenza precisa e affidabile nel tempo;

è necessario garantire il monitoraggio dei tentativi di suicidio e dei suicidi per strategie efficaci di prevenzione del suicidio. È noto, infatti, che nei Paesi in cui è presente un osservatorio in grado di fornire stime verosimili che indichino in maniera puntuale quante persone si tolgono la vita, determinando parametri geografici, temporali e tenendo conto dei metodi attraverso i quali sono compiuti gesti estremi, è possibile individuare la popolazione a rischio e, di conseguenza, attivare un'efficace strategia di prevenzione;

è noto a livello internazionale che le linee telefoniche di aiuto rappresentano un supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo. Ad oggi, in Italia esistono alcune linee telefoniche attive di cui alcune pubbliche, altre private e gestite da organizzazioni di volontariato. Sul versante pubblico, oltre al già citato servizio sono degne di nota alcune esperienze di settore come un servizio pubblico

di supporto psicologico presso la Regione Veneto, denominato Servizio inOltre, attivo attraverso un numero verde gratuito, che offre risposta 24h e 7 gg, per tutte le situazioni di crisi. Tale servizio rappresenta un *unicum* sul territorio e rappresenta un modello di analisi e intervento importante, provvisto di uno strumento di analisi del rischio suicidario, attraverso una scala di valutazione che rappresenta un *triage* della salute mentale;

tuttavia, non esiste un numero verde nazionale, né una struttura specifica dotata di personale qualificato e in grado di svolgere gli incarichi di emergenza, presa in carico, supporto, indagine, *follow-up* e *postvention*:

nella letteratura internazionale di settore alcuni studi hanno definito che un intervento precoce nei reparti di primo soccorso mostra un'importante efficacia. È necessario dotare il sistema sanitario di strumenti utili alla determinazione precoce del rischio suicidario;

il periodo perinatale – inteso come il periodo che va dal concepimento al compimento del primo anno di vita del bambino – è fra i momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. Dopo il parto dal 30 per cento al 75 per cento delle donne sperimenta un disturbo dell'umore transitorio (chiamato *maternity blues*) che tende a risolversi spontaneamente entro una decina di giorni dal parto. Per alcune donne, invece, il periodo perinatale può essere offuscato dai sintomi di una condizione psicologica più seria e invalidante, che si ripresenta o esordisce in questo momento della vita. I disturbi più comuni sono quelli d'ansia e depressivi, che arrivano a colpire dal 10 per cento al 15 per cento delle donne nel periodo perinatale. Questi possono avere un impatto sugli esiti ostetrici ed esercitare un effetto negativo a lungo termine sulla salute della donna e del bambino. Per questo, se i disturbi si manifestano, è molto importante che sia disponibile un accesso tempestivo alla presa in carico della donna e alle cure; inoltre, dai dati emerge che circa il 60 per cento delle donne decedute per suicidio materno

risulta avere una precedente « storia psichiatrica » e che oltre i 3/4 delle diagnosi di disturbo mentale grave non sono state registrate con le informazioni ostetriche;

la formazione e l'informazione svolgono un ruolo importante nella prevenzione del suicidio. Ogni età presenta peculiari rischi connessi al tema. Nelle scuole, di ogni ordine e grado, è necessario conoscere il rischio suicidario per offrire strumenti di intervento e controllo ad ogni operatore scolastico, così come agli studenti e ai genitori, al fine di intervenire precocemente su condotte allarmanti collegate al suicidio, come l'autolesionismo, su cui si rileva scarsa attenzione,

impegna il Governo:

- 1) a riconoscere il suicidio ed i fenomeni ad esso connessi come gravi problemi di salute pubblica;
- 2) a realizzare una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio, che fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche, attraverso la realizzazione degli impegni successivi del dispositivo del presente atto di indirizzo;
- 3) ad istituire un centro studi/osservatorio pubblico che operi per conseguire un efficace monitoraggio dei dati relativi ai casi di suicidio e dei fenomeni ad esso collegati, su tutto il territorio della Repubblica italiana, ponendo la debita attenzione all'andamento delle condizioni dello stato psicologico dei cittadini e costruendo una rete di supporto per i soggetti più vulnerabili e a rischio;
- 4) ad istituire un numero verde telefonico di emergenza suicidi gratuito per la presa in carico dei soggetti a rischio, basato sulle esperienze nazionali e internazionali all'avanguardia, nonché un'applicazione digitale ed ogni nuovo strumento utile ad affrontare il problema, che vengano promossi sui canali di comunicazione istituzionali e governativi e sulla televisione pubblica;
- 5) ad adottare le iniziative di competenza per inserire un sistema di rilevamento diagnostico, come un codice identificativo, nel sistema sanitario digitale, al fine di poter indagare al meglio eventuali tentativi di suicidio, nella casistica determinata dai protocolli stabiliti dagli enti preposti, nonché al fine di rispondere al più importante rischio suicidario citato in premessa;
- 6) a promuovere campagne di sensibilizzazione e prevenzione all'interno delle scuole, a partire dalla scuola primaria, attraverso:
 - a) la predisposizione di *training* specifici per gli operatori scolastici, perché siano nelle condizioni di fornire collegamenti chiari con i professionisti di settore;
 - b) l'inserimento, all'interno della programmazione scolastica, dell'educazione emotiva;
 - c) l'inserimento di progetti dedicati e di momenti di confronto nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado finalizzati a migliorare la conoscenza e la prevenzione del suicidio nell'età dell'adolescenza, evidenziando i rischi derivanti dal bullismo, dal cyberbullismo e da ogni fenomeno che possa comportare un disagio tale da condurre a pratiche di autolesionismo, a ideazione suicidaria o al suicidio;
 - d) la realizzazione di *peer support programs*, cioè programmi per assicurare un efficace sostegno tra coetanei;
- 7) ad adottare le iniziative di competenza per stanziare risorse dedicate all'assunzione ed alla formazione di personale qualificato nelle reti territoriali e di intervento, affinché ci siano persone specificamente addestrate a rispondere alle esigenze;

- 8) al fine di acquisire maggiori conoscenze sul tema, ad adottare iniziative per prevedere uno stanziamento specifico e sufficiente per la ricerca scientifica del settore in generale, che includa il finanziamento di borse di studio dedicate e la promozione di collaborazioni scientifico/istituzionali, nonché per orientare le ricerche sulle cause contingenti, di ogni genere, che presentano il rischio di un aumento dell'incidenza dei fenomeni suicidari;
- 9) ad adottare iniziative efficaci per consentire l'accesso alle cure ad un numero sempre maggiore di cittadini e per incentivare attività di *follow up* per monitorare nel tempo lo stato di avanzamento dei programmi di sostegno;
- 10) a promuovere servizi di *postvention*, volti ad offrire supporto alle persone suscettibili al contagio;
- 11) al fine di tutelare in particolare, ma non solo, i minori, ad adottare iniziative per disincentivare l'istigazione al suicidio, impedendo l'accesso ai siti *web* che incoraggiano il ricorso a pratiche di autolesionismo;
- 12) a predisporre una specifica applicazione digitale interattiva per preadolescenti, adolescenti e giovani adulti, che contenga informazioni utili al riconoscimento del disagio psichico, informazioni psicoeducative per la salute mentale e numeri utili per entrare in contatto con i servizi territoriali dedicati, valutando la possibilità di potenziare i servizi offerti dagli psicologi scolastici;
- 13) a promuovere campagne di informazione, prevenzione e di sensibilizzazione a livello nazionale estese a tutta la popolazione, offrendo linee guida in Conferenza Stato-regioni, al fine di uniformare i processi di intervento, ferme restando le specifiche competenze regionali;
- 14) con particolare riferimento ad alcune tipologie di suicidio condotte da giovani e adolescenti, ad adottare iniziative per finalizzare il proprio operato in tema di prevenzione del suicidio in ambiente domestico, a partire dalla realizzazione di campagne informative volte alla promozione delle migliori misure di detenzione delle armi e della consapevolezza del rischio suicidario da esse derivanti, monitorando gli aggiornamenti scientifici e le migliori pratiche politiche condotte a livello internazionale;
- 15) a valutare la possibilità di istituire un tavolo di lavoro specifico, con il coinvolgimento di associazioni e altri enti che si occupano in modo specifico delle persone più sensibili alla tematica: adolescenti e vittime di bullismo, imprenditori in crisi, persone economicamente vulnerabili, membri della comunità LGBTQ+, persone con problemi di dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti, nonché ogni categoria esistente che necessiti della dovuta attenzione;
- 16) a promuovere, nel quadro degli interventi per contrastare il fenomeno dei suicidi, progetti che abbiano finalità socializzanti e formative aperte alla popolazione, mediante percorsi multidisciplinari integrati capaci di soddisfare tempestivamente le esigenze dei pazienti e delle famiglie;
- 17) ad adottare le iniziative di competenza affinché si attivino servizi di intervento psicologico, attraverso risorse già operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, per il trattamento delle forme di sofferenza psicologica dei dipendenti, con particolare riferimento alla prevenzione del suicidio, predisponendo specifici programmi di formazione professionale per i professionisti operanti all'interno del Corpo di riferimento deputati agli incarichi esposti in precedenza, e affinché si incentivi l'utilizzo di risorse esterne, come professionisti non operanti all'interno delle Forze armate e dei Corpi di polizia, al fine di rispondere alle esigenze

- precedentemente esposte, ponendo un argine all'effetto stigma che impedisce in molti casi un'efficace richiesta di intervento e un conseguente efficace rendimento dello stesso;
- 18) sempre con particolare riferimento alle categorie indicate nel precedente impegno, a predisporre una specifica applicazione digitale utile al supporto tra pari, a modello delle migliori pratiche esistenti a livello internazionale;
- 19) ad adottare, in funzione della prevenzione dei suicidi, iniziative per introdurre servizi specialistici dedicati alla salute mentale perinatale, garantendo la continuità dell'assistenza e la strutturazione di politiche attive che forniscano supporto alle gestanti;
- 20) a valutare l'opportunità di supportare le attività delle associazioni di volontariato e dei gruppi di auto mutuo aiuto e altre iniziative di carattere umanitario che operino nel settore della prevenzione del suicidio;
- 21) a presentare alle Camere una relazione annuale sull'aggiornamento delle condizioni del Paese in relazione al tema del suicidio, della prevenzione dello stesso e dei fenomeni ad esso collegati, sullo stato delle conoscenze, delle nuove acquisizioni scientifiche di settore, nonché dell'efficacia della strategia nazionale di prevenzione del suicidio.
- (1-00536) *(Nuova formulazione)* « Romaniello, Azzolina, Panizzut, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carelli, Sapia, Trizzino, Cecconi, Ehm, Vianello, Nappi, Termini, Siragusa, Fioramonti, Suriano, Maniero, Raduzzi, Villarosa, Quartapelle Procopio, Vitiello, Fornaro, Sensi, Andrea Romano, Boldrini, Carnevali, Siani, Ianaro, Bologna, Colmellere, Sarli, Noja, Occhionero ».

La Camera,

premessi che:

il suicidio è e deve essere riconosciuto come un serio problema di salute pubblica;

ogni anno, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel mondo oltre 800 mila persone muoiono per suicidio, l'equivalente di una vittima ogni 40 secondi. La mortalità complessiva del fenomeno supera il numero di morti per malaria, cancro al seno o demenza. Inoltre, per ogni suicidio, si contano circa 20 tentativi di suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte per i giovani di età compresa fra i 15 e i 29 anni;

secondo uno studio condotto nel 2019 dal *Global burden disease*, nel 2016 il suicidio è risultato tra le 10 principali cause di morte in Europa, così come in Asia centrale, Australasia, America latina meridionale e nei Paesi ad alto reddito del Nord America. Inoltre, secondo un *report* dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2014, il suicidio comprende il 56 per cento di tutte le morti di carattere violento, un numero più elevato delle morti causate da guerre e omicidi. Nello specifico, l'81 per cento delle morti violente nei Paesi ad alto reddito e, rispettivamente, il 44 per cento e il 70 per cento nei Paesi a basso e medio reddito;

il suicidio è un fenomeno collegato all'età e al genere: nei Paesi ad alto reddito i più recenti studi confermano un tasso di suicidio negli uomini tre volte maggiore rispetto alle donne; lo scarto diminuisce nei Paesi a medio-basso reddito dove il tasso di suicidio maschile è superiore del 57 per cento. La scelta di metodi autolesivi, che presentano una maggiore potenzialità di esito fatale, rappresenta un fattore rilevante riguardo la differenza di genere;

in linea generale, gli uomini presentano tassi di mortalità per suicidio più elevati in tutte le età, eccetto per la fascia dai 15 ai 29 anni, per la quale il suicidio, oltre a rappresentare la seconda principale causa di morte in tutto il mondo (8,5 per

cento), costituisce la prima causa di morte tra le giovani donne a livello globale;

la riduzione del tasso dei suicidi è uno degli obiettivi dell'Agenda delle Nazioni Unite 2030 per lo sviluppo sostenibile;

nel 2014 è stato pubblicato il primo *World health organization world suicide report* «Prevenire il suicidio: un imperativo globale», il quale mirava ad aumentare la consapevolezza dell'importanza della salute pubblica riguardo i tentativi di suicidio e il suicidio, al fine di rendere la prevenzione del suicidio un'alta priorità nell'agenda della salute pubblica globale. Il *report* si proponeva, inoltre, di incoraggiare e sostenere i Paesi per sviluppare o rafforzare strategie globali di prevenzione del suicidio con un approccio multisettoriale di sanità pubblica;

ad oggi, solo alcuni Paesi nel mondo hanno incluso la prevenzione del suicidio tra le loro priorità sanitarie e solo 38 Stati possiedono una strategia nazionale di prevenzione del suicidio;

l'Organizzazione mondiale della sanità ha incentivato gli sforzi di prevenzione nella direzione di una strategia nazionale che riconosca il suicidio e i tentativi di suicidio come un grave problema di salute pubblica, impegnando i Governi ad affrontarlo. Nello specifico, risulta necessario fornire un quadro strutturale che incorpori vari aspetti della prevenzione del suicidio e fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche;

le strategie nazionali si pongono l'obiettivo di individuare le principali strutture competenti in materia e di assegnare loro responsabilità specifiche, coordinandone l'operato. La struttura deputata al coordinamento della strategia nazionale deve, inoltre, occuparsi di identificare le lacune principali all'interno della legislazione vigente, nella fornitura dei servizi e nella raccolta dei dati e di suggerire elementi di risoluzione dei limiti strutturali, come l'esigenza di risorse umane e finanziarie necessarie per implementare nuovi modelli di intervento. Un piano di preven-

zione così strutturato è in grado di modificare e sensibilizzare le comunicazioni dei media, di proporre un quadro solido di monitoraggio e di valutazione, infondendo un senso di fiducia nelle istituzioni e facilitando la ricerca scientifica sui comportamenti suicidari;

nei Paesi ad alto reddito, l'impiccagione costituisce il 50 per cento dei suicidi, mentre le armi da fuoco si collocano al secondo posto rappresentando il 18 per cento dei casi. Negli Stati Uniti, dove la vendita di armi rappresenta un problema reale, all'interno della strategia nazionale per la prevenzione del suicidio è stata identificata la detenzione di armi come uno dei 4 fattori critici da trattare allo scopo di ridurre il fenomeno del 20 per cento entro il 2025;

un noto aspetto critico relativo al fenomeno suicidario riguarda il cosiddetto «contagio», un fenomeno comune che si manifesta con l'aumento dei comportamenti suicidari nel periodo immediatamente successivo ad un episodio suicidario o con disturbi collegati allo stress derivante dall'evento traumatico. Attualmente, il nostro Paese non investe nei servizi di *postvention*, interventi mirati al supporto alle famiglie e alle persone vicine a vittime di condotte con fine suicidario. Tali servizi, che rappresentano la risposta a questo peculiare fenomeno, sono stati implementati nei protocolli di intervento da molti Paesi, tra i quali il Regno Unito, l'Australia e la Nuova Zelanda, consentendo di osservare effetti positivi;

nel corso degli anni in Europa sono stati sviluppati 11 programmi di prevenzione al suicidio di durata variabile e con il coinvolgimento di diversi Stati membri dell'Unione europea;

nel nostro Paese, ogni anno, circa 4.000 persone si tolgono la vita e si stima che almeno la metà di esse potrebbe essere salvata con un intervento adeguato. Il numero di vittime, che non contempla il dato sommerso, prodotto dell'assenza di un osservatorio dedicato e di sistemi di rilevamento avanzati, è paragonabile a quello di

una bomba atomica dilazionata in 10 anni, in grado di far sparire per sempre una città di medie dimensioni;

esiste una relazione tra suicidi e crisi socio-economiche, come il corso della storia ha sempre dimostrato. Nel 2016 l'Istat ha riportato che il suicidio è la causa di morte più direttamente influenzata dalle crisi economiche;

secondo una nota pubblicata dal professore Daniele dell'Università Magna Graecia, tra il 2007 e il 2010 il numero di suicidi è cresciuto del 34 per cento tra i disoccupati, del 19 per cento tra gli occupati e del 13 per cento tra le persone fuoriuscite dal mondo del lavoro;

nel 2009 si sono verificati 4.884 suicidi, in eccesso rispetto al numero previsto in base alle tendenze precedenti (2000-2007). Per quanto riguarda l'Europa, i suicidi in eccesso si sono verificati principalmente negli uomini di età compresa tra 15 e 24 anni, mentre nelle Americhe sono stati gli uomini di età compresa tra 45 e 64 anni a mostrare il maggiore aumento. L'incremento è stato osservato in particolare nei Paesi che presentavano bassi livelli di disoccupazione nel periodo precedente la crisi, nei Paesi con livelli più elevati di perdita di posti di lavoro e negli uomini;

ad oggi, la pandemia da COVID-19 sta esercitando un impatto particolarmente grave sulle condotte suicidarie all'interno del quadro descritto, già allarmante in precedenza. Alcuni dati rilevanti riguardo allo stato dell'arte emergono dalle rilevazioni condotte da enti di ricerca che si occupano di determinate categorie di soggetti a rischio e fasce di età specifiche della popolazione;

negli ultimi mesi, tra ottobre 2020 e gennaio 2021, nell'unità operativa complessa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma è stato registrato un incremento del 30 per cento dei tentativi di suicidio e degli atti di autolesionismo e il reparto risultava occupato al 100 per cento, mentre negli altri anni, di media, il dato si attestava intorno al 70 per cento;

tra febbraio 2020 e febbraio 2021 è stato registrato un aumento del 32 per cento delle richieste legate alla salute mentale, come l'ideazione suicidaria, gli atti autolesivi e i tentativi di suicidio, pervenute al servizio 114 « Emergenza infanzia » promosso dal Dipartimento per le politiche della famiglia e gestito da Telefono azzurro;

un recente studio, che ha coinvolto genitori di bambini e adolescenti in Italia, Spagna e Portogallo, ha evidenziato che il 19 per cento dei bambini e il 38 per cento degli adolescenti mostrano sintomi di ansia e depressione e che c'è stato un netto incremento di questi livelli rispetto a quelli riportati in altri studi condotti negli stessi Paesi nel periodo pre-COVID-19;

già nel 2008, in una comunicazione presentata al XXIV congresso nazionale della Società italiana neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia), dal titolo « Complessità e specificità in neuropsichiatria dell'età evolutiva: lo sviluppo delle conoscenze e il miglioramento delle cure », la Sinpia poneva in risalto le questioni relative al ricovero e all'emergenza psichiatrica in adolescenza che non riuscivano già allora a diventare una priorità organizzativa nazionale, nonostante l'allarme periodico sul fenomeno e l'evidenza di un incremento del numero di ricoveri per disturbi psichici dei minori e nonostante « gli studi epidemiologici indichino che tra il 18 per cento e il 21 per cento dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta un *impairment* rilevante e che, nell'arco di tutta l'adolescenza, si stima che tra il 9 e il 13 per cento dei ragazzi e delle ragazze possa presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale »;

i dati sono allarmanti anche in riferimento agli imprenditori, categoria maggiormente colpita dai suicidi per motivazioni economiche. L'omonimo osservatorio, che cerca di reperire questa sezione specifica di dati, riporta un aumento del 79,5 per cento dei suicidi per motivazioni economiche e un aumento del 78,3 per cento dei tentativi di suicidio;

un'altra categoria gravemente colpita è quella delle donne vittime di violenza. Dal VII rapporto Eures sul femminicidio/suicidio in Italia, emerge che da marzo a ottobre 2020, periodo dell'attività più intensa del Coronavirus e dell'adozione delle misure più restrittive, l'incremento dei cosiddetti femminicidi-suicidi è aumentato del 90,3 per cento;

il Servizio sanitario nazionale, nel campo della salute mentale, risulta carente in termini di numerosità di posti di ricovero, di *day hospital* e di ambulatorio, ma anche in termini di investimenti sui servizi territoriali, residenziali e domiciliari;

i suicidi sono prevenibili con interventi puntuali, basati su evidenze e spesso a basso costo. Affinché le risposte nazionali siano efficaci, è necessaria una strategia multisettoriale globale di prevenzione del suicidio;

nel corso della giornata mondiale per la prevenzione del suicidio, celebrata il 10 settembre 2021, il professore Maurizio Pompili, direttore del servizio per la prevenzione del suicidio dell'Azienda ospedaliero-universitaria S. Andrea di Roma e docente di psichiatria all'Università Sapienza di Roma, ha dichiarato che la prevenzione è possibile e riguarda tutti: informare l'opinione pubblica, aiutare familiari e amici a riconoscere i segnali di allarme, sfatare i falsi miti su chi tenta di compiere un gesto estremo e contrastare lo stigma consentirebbero di dimezzare l'entità del fenomeno;

a causa della crisi pandemica, numerose condizioni di rischio connesse al suicidio si sono intensificate e aggravate, tra le quali la perdita del reddito e la conseguente riduzione della capacità di spesa, la perdita del posto di lavoro, le difficoltà di accesso alla rete sanitaria per le fasce più deboli della popolazione, l'aggravamento di condizioni mentali precarie e l'aumento delle fragilità psico-sociali, l'eventuale convivenza forzata con persone violente durante il *lockdown*, il mancato soddisfacimento di bisogni fondamentali, quali l'autonomia decisionale, la mobilità

spaziale, la libertà di contatto con i propri cari;

il primo aspetto fondamentale connesso alla prevenzione del suicidio è rappresentato dalla necessità di raccogliere dati. I dati attualmente disponibili non sono correntemente aggiornati e l'ultimo annuario statistico dell'Istat del 2020 contiene dati relativi al 2017, quando vennero registrati 3.940 atti suicidari. Tale dato non dà conto dei tentativi di suicidio, rispetto ai quali non sono registrati dati, e risulta impossibile determinare una tendenza attendibile nel tempo;

è necessario garantire il monitoraggio dei tentativi di suicidio e dei suicidi per strategie efficaci di prevenzione del suicidio. È noto, infatti, che nei Paesi in cui è presente un osservatorio in grado di fornire stime verosimili che indichino in maniera puntuale quante persone si tolgono la vita, determinando parametri geografici, temporali e tenendo conto dei metodi attraverso i quali sono compiuti gesti estremi, è possibile individuare la popolazione a rischio e, di conseguenza, attivare un'efficace strategia di prevenzione;

è noto a livello internazionale che le linee telefoniche di aiuto rappresentano un supporto importante in grado di ridurre con successo l'ideazione suicidaria e la tendenza agli atti di autolesionismo e, ad oggi, in Italia ne esistono alcune gestite da organizzazioni di volontariato. Tuttavia, non esiste un numero verde nazionale, né una struttura specifica dotata di personale qualificato e in grado di svolgere gli incarichi di emergenza, presa in carico, supporto, indagine, *follow-up* e *postvention*:

nella letteratura internazionale di settore alcuni studi hanno definito che un intervento precoce nei reparti di primo soccorso mostra un'importante efficacia. È necessario dotare il sistema sanitario di strumenti utili alla determinazione precoce del rischio suicidario;

la formazione e l'informazione svolgono un ruolo importante nella prevenzione del suicidio. Ogni età presenta peculiari rischi connessi al tema. Nelle scuole,

di ogni ordine e grado, è necessario conoscere il rischio suicidario per offrire strumenti di intervento e controllo ad ogni operatore scolastico, così come agli studenti,

impegna il Governo:

- 1) a riconoscere il suicidio ed i fenomeni ad esso connessi come gravi problemi di salute pubblica;
- 2) a realizzare una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio, che fornisca una guida autorevole sulle principali attività di prevenzione basate su evidenze empiriche, attraverso la realizzazione degli impegni successivi del dispositivo del presente atto di indirizzo;
- 3) ad istituire un centro studi/osservatorio per il monitoraggio dei dati su tutto il territorio nazionale;
- 4) ad istituire un numero verde telefonico di « emergenza suicidi » gratuito per le segnalazioni e le richieste di aiuto, nonché un'applicazione digitale ed ogni nuovo strumento utile ad affrontare il problema, che vengano promossi sui canali di comunicazione istituzionali e governativi e sulla televisione pubblica;
- 5) ad adottare le iniziative di competenza per inserire un sistema di rilevamento diagnostico, come un codice identificativo, nel sistema sanitario digitale, al fine di poter indagare l'eventuale tentativo di suicidio, nella casistica determinata dai protocolli stabiliti dagli enti preposti;
- 6) a promuovere campagne di sensibilizzazione e prevenzione all'interno delle scuole, a partire dalla scuola primaria;
- 7) ad adottare le iniziative di competenza per stanziare risorse dedicate all'assun-

zione e alla formazione di personale qualificato nelle reti territoriali e di intervento, affinché ci siano persone specificamente addestrate a rispondere alle esigenze;

- 8) ad adottare iniziative per prevedere uno stanziamento specifico per la ricerca scientifica di settore, al fine di acquisire maggiori conoscenze sul tema;
 - 9) ad adottare iniziative per incentivare attività di *follow up* per monitorare nel tempo lo stato di avanzamento dei programmi di sostegno;
 - 10) a promuovere servizi di *postvention*, volti ad offrire supporto alle persone suscettibili al contagio;
 - 11) ad adottare iniziative per disincentivare l'istigazione al suicidio, impedendo l'accesso ai siti *web* che incoraggiano il ricorso a pratiche di autolesionismo;
 - 12) a promuovere campagne di informazione e prevenzione, offrendo linee guida in Conferenza Stato-regioni, al fine di uniformare i processi di intervento, ferme restando le specifiche competenze regionali;
 - 13) ad adottare le iniziative di competenza per limitare il possesso di armi in ambiente domestico attraverso campagne informative volte alla consapevolezza del pericolo che esse rappresentano e a incentivare misure migliori di detenzione.
- (1-00536) « Romaniello, Azzolina, Delrio, Cappellacci, Ferri, Bersani, Carrelli, Vianello, Trizzino, Cecconi, Ehm, Nappi, Termini, Siragusa, Fioramonti, Suriano, Maniero, Raduzzi, Villarosa, Quartapelle Procopio, Vitiello, Fornaro, Sensi, Andrea Romano ».

Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S. p. A.



18ALA0188470