

215.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

| | PAG. | | PAG. |
|---|------|---|------|
| Organizzazione dei tempi di esame: ddl n. 1555 | 2 | Parlamento europeo (Annunzio di risoluzioni) | 6 |
| Comunicazioni | 3 | Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio)..... | 8 |
| Missioni valedoli nella seduta del 18 dicembre 2023 | 3 | Provvedimenti concernenti amministrazioni locali (Annunzio)..... | 9 |
| Progetti di legge (Annunzio; Annunzio di proposte di inchiesta parlamentare; Modifica del titolo di proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente)..... | 3, 4 | Atti di controllo e di indirizzo..... | 9 |
| Trasmissione dal Presidente del Senato..... | 5 | Mozioni Faraone ed altri n. 1-00224, Girelli ed altri n. 1-00225 e Marianna Ricciardi ed altri n. 1-00226 concernenti iniziative in materia di disciplina della responsabilità professionale degli operatori sanitari e per il superamento delle criticità connesse alla carenza di organico del personale | 10 |
| Corte dei conti (Trasmissione di documenti). | 5 | Mozioni..... | 10 |
| Documenti ministeriali (Trasmissione)..... | 6 | | |
| Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di un documento)..... | 6 | | |

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

ORGANIZZAZIONE DEI TEMPI DI ESAME: DDL N. 1555

DDL N. 1555 — LEGGE ANNUALE PER IL MERCATO E LA CONCORRENZA 2022

Tempo complessivo: 20 ore, di cui:

- discussione sulle linee generali: 8 ore;
- seguito dell'esame: 12 ore.

| | <i>Discussione generale</i> | <i>Seguito dell'esame</i> |
|--|-----------------------------|---|
| Relatore | 20 minuti | 20 minuti |
| Governo | 20 minuti | 20 minuti |
| Richiami al Regolamento | 10 minuti | 10 minuti |
| Tempi tecnici | | 1 ora |
| Interventi a titolo personale | 1 ora e 20 minuti | 1 ora e 56 minuti <i>(con il limite massimo di 13 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i> |
| Gruppi | 5 ore e 50 minuti | 8 ore e 14 minuti |
| <i>Fratelli d'Italia</i> | <i>41 minuti</i> | <i>1 ora e 17 minuti</i> |
| <i>Partito Democratico – Italia democratica e progressista</i> | <i>43 minuti</i> | <i>1 ora e 26 minuti</i> |
| <i>Lega – Salvini premier</i> | <i>36 minuti</i> | <i>55 minuti</i> |
| <i>MoVimento 5 Stelle</i> | <i>40 minuti</i> | <i>1 ora e 11 minuti</i> |
| <i>Forza Italia – Berlusconi presidente – PPE</i> | <i>34 minuti</i> | <i>45 minuti</i> |
| <i>Azione – Popolari Europeisti Riformatori – Renew Europe</i> | <i>32 minuti</i> | <i>36 minuti</i> |
| <i>Alleanza Verdi e Sinistra</i> | <i>32 minuti</i> | <i>35 minuti</i> |
| <i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) – MAIE</i> | <i>31 minuti</i> | <i>26 minuti</i> |
| <i>Italia Viva – Il Centro – Renew Europe</i> | <i>30 minuti</i> | <i>34 minuti</i> |
| Misto: | 31 minuti | 29 minuti |
| <i>Minoranze Linguistiche</i> | <i>18 minuti</i> | <i>17 minuti</i> |
| <i>+ Europa</i> | <i>13 minuti</i> | <i>12 minuti</i> |

COMUNICAZIONI

**Missioni valevoli
nella seduta del 18 dicembre 2023.**

Albano, Amendola, Ascani, Bagnai, Baldino, Barbagallo, Barelli, Bellucci, Benvenuto, Bignami, Bitonci, Braga, Brambilla, Caiata, Cappellacci, Carloni, Cavandoli, Cecchetti, Cesa, Cirielli, Colosimo, Alessandro Colucci, Enrico Costa, Sergio Costa, Delmastro Delle Vedove, Faraone, Ferrante, Ferro, Fitto, Foti, Frassinetti, Freni, Gava, Gebhard, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Guerini, Gusmeroli, Leo, Letta, Lollobrigida, Loperfido, Lupi, Magi, Mangialavori, Mazzi, Meloni, Minardo, Molinari, Molteni, Morrone, Nordio, Onori, Orsini, Nazario Pagano, Pichetto Fratin, Polidori, Prisco, Quartapelle Procopio, Rampelli, Richetti, Rixi, Roccella, Rotelli, Scerra, Schullian, Francesco Silvestri, Siracusano, Sportiello, Tabacci, Trancassini, Tremonti, Vaccari, Varchi, Zoffili.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Albano, Amendola, Ascani, Bagnai, Baldino, Barbagallo, Barelli, Bellucci, Benvenuto, Bignami, Bitonci, Braga, Brambilla, Calderone, Cappellacci, Carloni, Cavandoli, Cecchetti, Cesa, Cirielli, Colosimo, Alessandro Colucci, Enrico Costa, Sergio Costa, Delmastro Delle Vedove, Faraone, Ferrante, Ferro, Fitto, Foti, Frassinetti, Freni, Gava, Gebhard, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Gribaudo, Guerini, Gusmeroli, Leo, Letta, Lollobrigida, Loperfido, Lupi, Magi, Mangialavori, Mazzi, Meloni, Minardo, Molinari, Molteni, Morrone, Nordio, Onori, Nazario Pagano, Pichetto Fratin, Po-

lidori, Prisco, Rampelli, Richetti, Rixi, Roccella, Rotelli, Scerra, Schullian, Francesco Silvestri, Siracusano, Sportiello, Tabacci, Trancassini, Tremonti, Vaccari, Varchi, Zoffili.

Annunzio di proposte di legge.

In data 14 dicembre 2023 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

MIELE ed altri: « Istituzione del premio per la migliore campagna scolastica contro la violenza sulle donne » (1610);

MALAVASI: « Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e altre disposizioni in materia di formazione specialistica dei medici » (1611);

FORATTINI ed altri: « Disposizioni in materia di ricerca, raccolta, coltivazione e commercio dei tartufi destinati al consumo » (1612);

TONI RICCIARDI: « Modifiche all'articolo 3 del decreto-legge 24 giugno 1994, n. 408, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 1994, n. 483, in materia di esercizio del diritto di voto per l'elezione dei membri del Parlamento europeo spettanti all'Italia da parte dei cittadini italiani residenti in Stati europei non appartenenti all'Unione europea » (1613);

MARIANNA RICCIARDI e CHERCHI: « Istituzione di un fondo di solidarietà nazionale per l'indennizzo dei danni gravi e irreversibili subiti dal paziente nel corso di un trattamento sanitario, disposizioni in materia di monitoraggio del rischio clinico

nonché modifica all'articolo 590-*sexies* del codice penale in materia di responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario » (1614).

In data 15 dicembre 2023 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

DALLA CHIESA: « Istituzione di un calcolatore unico nazionale per la determinazione dell'importo dell'assegno di mantenimento in favore dei figli » (1615);

ANTONIOZZI: « Modifiche agli articoli 609-*ter*, 609-*quater* e 609-*quinquies* del codice penale in materia di reati sessuali in danno di minori » (1616);

FOTI ed altri: « Disciplina della partecipazione dei lavoratori alla gestione e ai risultati dell'impresa nonché modifica alla legge 30 dicembre 1986, n. 936, in materia di istituzione della Commissione nazionale per la partecipazione dei lavoratori presso il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro » (1617);

MONTARULI: « Modifica all'articolo 63 delle disposizioni per l'attuazione del codice civile e disposizioni transitorie, in materia di crediti nei confronti del condominio e di tutela dei condòmini in regola con i pagamenti » (1618).

Saranno stampate e distribuite.

Annuncio di proposte di inchiesta parlamentare.

In data 14 dicembre 2023 è stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di inchiesta parlamentare d'iniziativa della deputata:

ZANELLA: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'impiego delle sostanze polifluoroalchiliche e perfluoroalchiliche nei processi produttivi e nei prodotti industriali e agroalimentari nonché sugli effetti da esse prodotti sull'uomo e sull'ambiente » (Doc. XXII, n. 37).

Sarà stampata e distribuita.

Modifica del titolo di proposte di legge.

La proposta di legge n. 1093, d'iniziativa della deputata Zanella, ha assunto il seguente titolo: « Disposizioni in materia di cura, assistenza e formazione per la gravidanza e il parto ».

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 sottoidicate Commissioni permanenti:

I Commissione (Affari costituzionali):

MADIA ed altri: « Istituzione delle assemblee dei cittadini, per la partecipazione diretta alla decisione su temi di interesse pubblico generale, e dell'Assemblea dei cittadini sul clima, sull'ambiente e sulla transizione energetica » (1337) *Parere delle Commissioni III, V, VI, VII, VIII (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), X, XI, XII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

II Commissione (Giustizia):

CALDERONE e PATRIARCA: « Modifica all'articolo 81 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115, in materia di requisiti per l'inserimento nell'elenco degli avvocati per il patrocinio a spese dello Stato » (867) *Parere delle Commissioni I e V.*

III Commissione (Affari Esteri):

S. 782. — « Ratifica ed esecuzione dei seguenti Accordi: a) Protocollo alla Convenzione del 1979 sull'inquinamento atmosferico transfrontaliero a lunga distanza, per la riduzione dell'acidificazione, dell'eutrofizzazione e dell'ozono troposferico, con allegati, firmato a Göteborg il 30 novembre 1999; b) Modifiche al testo e agli allegati da II a IX del Protocollo del 1999 per la riduzione dell'acidificazione, dell'eutrofizzazione e dell'ozono troposferico nonché

aggiunta dei nuovi allegati X e XI, adottate a Ginevra il 4 maggio 2012 » (approvato dal Senato) (1585) *Parere delle Commissioni I, V, VIII, IX, X, XII, XIII e XIV.*

V Commissione (Bilancio e Tesoro):

CURTI ed altri: « Disposizioni per lo sviluppo economico e sociale delle aree interne, montane e periferiche » (1358) *Parere delle Commissioni I, VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), VII, VIII, X, XI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, relativamente alle disposizioni in materia previdenziale), XII, XIII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

XI Commissione (Lavoro):

SCOTTO ed altri: « Agevolazione contributiva per favorire la stipulazione di contratti collettivi volti a sperimentare la progressiva riduzione dell'orario di lavoro » (1505) *Parere delle Commissioni I, V, VII, VIII, IX, X, XII, XIII e XIV.*

XII Commissione (Affari sociali):

ZANELLA: « Disposizioni in materia di cura, assistenza e formazione per la gravidanza e il parto » (1093) *Parere delle Commissioni I, II, V, VII, IX, XI e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Trasmissione dal Presidente del Senato.

Il Presidente del Senato, con lettera in data 13 dicembre 2023, ha comunicato che la 9^a Commissione (Industria) del Senato ha approvato, ai sensi dell'articolo 144, commi 1 e 6, del Regolamento del Senato, una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle piante ottenute mediante alcune nuove tecniche genomiche, nonché agli alimenti e ai mangimi da esse derivati, e che modifica il regolamento (UE) 2017/625 (COM(2023) 411 final) (atto Senato Doc. XVIII, n. 8).

Questo documento è trasmesso alla XII Commissione (Affari sociali), alla XIII Com-

missione (Agricoltura) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Il Presidente del Senato, con lettera in data 13 dicembre 2023, ha comunicato che la 4^a Commissione (Politiche dell'Unione europea) del Senato ha approvato, ai sensi dell'articolo 144, commi 1-*bis* e 6, del Regolamento del Senato, una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sulla trasparenza e sull'integrità delle attività di *rating* ambientale, sociale e di *governance* (ESG) (COM(2023) 314 final) (atto Senato Doc. XVIII-*bis*, n. 14).

Questo documento è trasmesso alla VI Commissione (Finanze) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Trasmissione dalla Corte dei conti.

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 14 dicembre 2023, 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'Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP), per l'esercizio 2021, 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. 160).

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 14 dicembre 2023, 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 Società italiana per l'organizzazione internazionale (SIOI), per l'esercizio 2022, 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. 161).

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

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 14 dicembre 2023, 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'Istituto nazionale di astrofisica (INAF), per l'esercizio 2021, 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. 162).

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

Trasmissione dal Ministero dell'università e della ricerca.

Il Ministero dell'università e della ricerca ha trasmesso un decreto ministeriale recante variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, in data 12 dicembre 2023, ai sensi dell'articolo 23, comma 1, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

Questo decreto è trasmesso alla V Commissione (Bilancio) e alla VII Commissione (Cultura).

Trasmissione dal Ministro per i rapporti con il Parlamento.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 15 dicembre 2023, ha comunicato, ai sensi dell'articolo 9-bis, comma 7, della legge 21 giugno 1986, n. 317, concernente la procedura d'informazione nel settore delle regolamentazioni tecniche e delle regole relative ai servizi della società dell'informazione, che, con notifica 2023/0712/IT – B00, è stata attivata la predetta procedura in ordine al progetto di regola tecnica relativa allo schema di decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti recante appen-

dici nazionali recanti i parametri tecnici per l'applicazione degli Eurocodici.

Questa comunicazione è trasmessa alla VIII Commissione (Ambiente) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

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 14 dicembre 2023, ha trasmesso la seguente relazione concernente il seguito dato dal Governo agli indirizzi definiti dalle Camere in merito a progetti di atti dell'Unione europea o ad atti preordinati alla formulazione degli stessi:

relazione, predisposta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, concernente il seguito del documento della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) della Camera (atto Camera Doc XVIII-bis, n. 18), approvato nell'ambito della verifica di sussidiarietà di cui all'articolo 6 del protocollo n. 2 allegato al Trattato di Lisbona, in merito alla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa alle associazioni transfrontaliere europee (COM(2023) 516 final).

Questa relazione è trasmessa alla XII Commissione (Affari sociali) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Annunzio di risoluzioni del Parlamento europeo.

Il Parlamento europeo, in data 11 dicembre 2023, ha trasmesso le seguenti risoluzioni, approvate nella tornata dal 20 al 23 novembre, che sono assegnate, ai sensi dell'articolo 125, comma 1, del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, nonché, per il parere, alla III Commissione (Affari esteri) e alla XIV Commissione (Po-

litiche dell'Unione europea), se non già assegnate alle stesse in sede primaria:

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce misure per un livello comune elevato di cibersicurezza nelle istituzioni, negli organi e negli organismi dell'Unione (Doc. XII, n. 256) — *alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un programma di documentazione delle catture di tonno rosso (*Thunnus thynnus*) e abroga il regolamento (UE) n. 640/2010 (Doc. XII, n. 257) — *alla XIII Commissione (Agricoltura)*;

Risoluzione legislativa sul progetto di regolamento del Consiglio che modifica il regolamento (UE) n. 216/2013 relativo alla pubblicazione elettronica della *Gazzetta ufficiale* dell'Unione europea (Doc. XII, n. 258) — *alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di direttiva del Consiglio che modifica la direttiva 2006/112/CE per quanto riguarda le norme IVA per l'era digitale (Doc. XII, n. 259) — *alla VI Commissione (Finanze)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Consiglio che modifica il regolamento (UE) n. 904/2010 per quanto riguarda gli accordi di cooperazione amministrativa in materia di IVA necessari per l'era digitale (Doc. XII, n. 260) — *alla VI Commissione (Finanze)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di direttiva del Consiglio che modifica la direttiva 2006/112/CE per quanto riguarda le norme IVA relative ai soggetti passivi che facilitano le vendite a distanza di beni importati e l'applicazione del regime speciale per le vendite a distanza di beni importati da territori terzi o paesi terzi e del regime speciale per la dichiarazione e il pagamento dell'IVA all'importazione (Doc. XII, n. 261) — *alla VI Commissione (Finanze)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e

del Consiglio relativo all'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari e recante modifica del regolamento (UE) 2021/2115 (Doc. XII, n. 262) — *alla XIII Commissione (Agricoltura)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sulla digitalizzazione della cooperazione giudiziaria e dell'accesso alla giustizia in materia civile, commerciale e penale a livello transfrontaliero e che modifica taluni atti nel settore della cooperazione giudiziaria (Doc. XII, n. 263) — *alla II Commissione (Giustizia)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2003/8/CE del Consiglio, le decisioni quadro del Consiglio 2002/465/GAI, 2002/584/GAI, 2003/577/GAI, 2005/214/GAI, 2006/783/GAI, 2008/909/GAI, 2008/947/GAI, 2009/829/GAI e 2009/948/GAI e la direttiva 2014/41/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, per quanto riguarda la digitalizzazione della cooperazione giudiziaria del Parlamento europeo e del Consiglio (Doc. XII, n. 264) — *alla II Commissione (Giustizia)*;

Risoluzione sulla conferenza delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici 2023 a Dubai, Emirati arabi uniti (COP28) (Doc. XII, n. 265) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione concernente la posizione del Consiglio sul progetto di bilancio rettificativo n. 4/2023 dell'Unione europea per l'esercizio 2023 — Riduzione degli stanziamenti di pagamento, altri adeguamenti e aggiornamenti tecnici (Doc. XII, n. 266) — *alla V Commissione (Bilancio)*;

Risoluzione legislativa sul progetto comune di bilancio generale dell'Unione europea per l'esercizio 2024, approvato dal comitato di conciliazione nel quadro della procedura di bilancio (Doc. XII, n. 267) — *alle Commissioni riunite V (Bilancio) e XIV (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclu-

sione dell'accordo tra l'Unione europea e il Montenegro relativo alle attività operative svolte dall'Agenzia europea della guardia di frontiera e costiera in Montenegro (Doc. XII, n. 268) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione, a nome dell'Unione, dell'accordo di libero scambio tra l'Unione europea e la Nuova Zelanda (Doc. XII, n. 269) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione non legislativa sul progetto di decisione del Consiglio, a nome dell'Unione, relativa alla conclusione dell'accordo di libero scambio tra l'Unione europea e la Nuova Zelanda (Doc. XII, n. 270) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sui progetti del Parlamento europeo intesi a modificare i trattati (Doc. XII, n. 271) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sui risultati delle deliberazioni della commissione per le petizioni nel corso del 2022, corredata dalla relativa relazione della Commissione per le petizioni (Doc. XII, n. 272) — *alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione sull'attuazione dell'accordo sugli scambi commerciali e la cooperazione tra l'Unione europea e il Regno Unito (Doc. XII, n. 273) — *alle Commissioni riunite III (Affari esteri) e X (Attività produttive)*;

Risoluzione sul mancato seguito legislativo da parte della Commissione alla risoluzione della commissione PEGA (Doc. XII, n. 274) — *alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione sull'iniziativa riveduta a favore degli impollinatori — Un nuovo patto per gli impollinatori (Doc. XII, n. 275) — *alla XIII Commissione (Agricoltura)*;

Risoluzione sull'adeguatezza, la sussidiarietà e la proporzionalità normative dell'Unione europea — Relazione « Legiferare meglio » relativa agli anni 2020, 2021 e

2022 (Doc. XII, n. 276) — *alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione sul controllo dell'applicazione del diritto dell'Unione europea nel 2020, 2021 e 2022 (Doc. XII, n. 277) — *alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*.

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 11, 14 e 15 dicembre 2023, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio Progressi compiuti nella competitività delle tecnologie per l'energia pulita (COM(2023) 652 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e X (Attività produttive);

Allegato della proposta di decisione del Consiglio relativa all'adesione di Tuvalu all'accordo di partenariato interinale tra la Comunità europea, da una parte, e gli Stati del Pacifico, dall'altra (COM(2023) 785 final — Annex), che è assegnata in sede primaria alla III Commissione (Affari esteri);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'esercizio del potere di adottare atti delegati conferito alla Commissione dal regolamento (UE) 2019/1700 che istituisce un quadro comune per le statistiche europee sulle persone e sulle famiglie, basate su dati a livello individuale ottenuti su campioni, che modifica i regolamenti (CE) n. 808/2004, (CE) n. 452/2008 e (CE) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, e che abroga i regolamenti (CE) n. 1177/2003 e (CE) n. 577/98 (COM(2023) 789 final), che

è assegnata in sede primaria alla I Commissione (Affari costituzionali).

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 14 dicembre 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, progetti di atti dell'Unione europea, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi.

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

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

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Realizzare le ambizioni dell'Unione europea in materia di energie rinnovabili *offshore* (COM(2023) 668 final);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Piano d'azione europeo per l'energia eolica (COM(2023) 669 final);

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 92/106/CEE del Consiglio per quanto riguarda un quadro di sostegno per

il trasporto intermodale di merci e il regolamento (UE) 2020/1056 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda il calcolo dei risparmi sui costi esterni e la generazione di dati aggregati (COM(2023) 702 final);

Proposta di decisione del Consiglio relativa all'adesione di Tuvalu all'accordo di partenariato interinale tra la Comunità europea, da una parte, e gli Stati del Pacifico, dall'altra (COM(2023) 785 final);

Comunicazione congiunta della Commissione europea e dell'Alto rappresentante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza al Consiglio europeo – Stato delle relazioni politiche, economiche e commerciali tra l'Unione europea e la Turchia (JOIN(2023) 50 final).

Annunzio di provvedimenti concernenti amministrazioni locali.

Il Ministero dell'interno, con lettera in data 13 dicembre 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 141, comma 6, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, il decreto del Presidente della Repubblica di scioglimento del consiglio comunale di Grumo Nevano (Napoli).

Questa documentazione è depositata presso il Servizio per i Testi normativi a disposizione degli onorevoli deputati.

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 FARAONE ED ALTRI N. 1-00224, GIRELLI ED ALTRI N. 1-00225 E MARIANNA RICCIARDI ED ALTRI N. 1-00226 CONCERNENTI INIZIATIVE IN MATERIA DI DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI SANITARI E PER IL SUPERAMENTO DELLE CRITICITÀ CONNESSE ALLA CARENZA DI ORGANICO DEL PERSONALE

Mozioni

La Camera,

premessi che:

1) la relazione medico-paziente negli ultimi anni si è deteriorata e ha portato alla diffusione della pratica denominata « medicina difensiva », che consiste in una serie di azioni con finalità elusive e di astensione da parte del personale sanitario, contribuendo altresì alla riduzione dell'interesse verso specialità considerate rischiose o incarichi rischiosi (pronto soccorso), con riduzione del personale sanitario in alcuni ambiti meno appetibili, incrementando sia lo *stress* per chi vi opera (turni più massacranti) sia il rischio di errore, che a sua volta alimentano la perdita di fiducia dei pazienti in un circolo vizioso che è interesse della collettività interrompere prima che sia troppo tardi;

2) nel « Rapporto sul sistema sanitario » promosso dall'Osservatorio salute, previdenza e legalità, l'Eurispes ha posto in evidenza come la medicina difensiva sia un fenomeno globale che affligge sul versante socio-economico quasi tutti i Paesi occidentali e, più in generale, i Paesi sviluppati, con effetti devastanti sul sistema sanitario nazionale e sulla salute dei cittadini;

3) suddetta pratica incide sui costi del Servizio sanitario nazionale per una

cifra stimata in 10 miliardi di euro, come riportato dalla nota depositata agli atti della XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati dall'Associazione chirurghi ospedalieri italiani, quando è stata audita;

4) la medicina difensiva grava altresì sul Servizio sanitario nazionale anche per il sovraccarico improprio cui sottopone le strutture ambulatoriali e ospedaliere, con ripercussioni sulle liste di attesa e, quindi, con grave danno per i pazienti;

5) le risorse umane non adeguate, a fronte di uno stipendio considerevolmente più basso rispetto alla media europea e con forti limitazioni per la libera professione, sia essa extramoenia che intramoenia, porta il personale sanitario, senza che si riesca a sostituirlo adeguatamente, a scegliere sempre più spesso l'attività privata con conseguente depauperamento del sistema sanitario nazionale;

6) contestualmente i dipendenti pubblici ospedalieri rimanenti si trovano a coprire un monte orario nettamente superiore a ciò che è determinato dal contratto di assunzione, senza una retribuzione adeguata né in termini economici né di recupero orario, che porta ad un disservizio verso il cittadino e ad un'elevata possibilità di errore medico, data la stanchezza e la demotivazione conseguente;

7) si ricorre così ai « gettonisti » per coprire queste carenze, che spesso sono gli

stessi dipendenti ospedalieri, che si dimettono dall'azienda per « rientrare » assunti tramite cooperativa a fronte di una retribuzione sensibilmente superiore (fino a dieci volte);

8) le specializzazioni mediche che non permettono di avere una possibilità futura di impiego anche nel privato vengono considerate meno appetibili rispetto a quelle che permettono la libera professione, anche in ragione di un trattamento economico uguale per tutti e di un carico di lavoro molto superiore;

9) tutto questo mette in seria crisi identitaria e di riconoscimento sociale la professione medica e contribuisce a mettere ancor più in crisi il sistema sanitario nazionale, come evidenziato anche dalla categoria che ha scioperato il 5 e il 18 dicembre 2023 con lo *slogan* « Salviamo il Ssn » e una piattaforma che contesta al disegno di legge di bilancio per il 2024 che « non tutela medici e cittadini », visto che non aggredisce le criticità strutturali del mondo della sanità;

10) i punti della protesta sono:

a) carenza di personale: ad oggi mancano 30 mila medici ospedalieri, in particolare nel pronto soccorso, e 65 mila infermieri; a questi si aggiungono quelli che entro il 2025 andranno in pensione, stimati in oltre 40 mila unità;

b) stipendi poco attrattivi: in particolare si chiedono risorse in legge di bilancio per la detassazione di parte della retribuzione e il rinnovo del contratto di lavoro, visto che quelle che ci sono appaiono insufficienti;

c) cancellazione dei tagli alle pensioni previsti dal disegno di legge di bilancio;

d) depenalizzazione dell'atto medico;

11) la disciplina in merito alla responsabilità penale posta in capo al personale sanitario, il quale cagioni morte o lesioni del paziente, ha subito numerose modifiche negli anni, aumentando l'incer-

tezza, che invece si voleva ridurre, per il personale sanitario;

12) con l'introduzione dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, cosiddetto « decreto Balduzzi », tale responsabilità veniva limitata esclusivamente ai casi rientranti nella fattispecie della cosiddetta « colpa grave » ed era esclusa la responsabilità penale per chi avesse cagionato l'evento per colpa lieve, pur seguendo le linee guida e le buone pratiche mediche;

13) il « decreto Balduzzi » non è stato risolutivo e, poiché ha lasciato in capo agli operatori sanitari responsabilità penali per eventi colposi, ha sovraccaricato i tribunali dove giacciono circa 300 mila cause per colpa medica e ogni anno vengono intentate 35.600 nuove cause di risarcimento, che peraltro nella maggior parte dei casi terminano con un proscioglimento o si concludono senza un risarcimento (il 95 per cento delle azioni penali e il 70 per cento delle azioni civili);

14) con la legge 8 marzo 2017, n. 24, cosiddetta « legge Gelli », si è intervenuti con l'obiettivo di: ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un bilanciamento tra diritti e doveri in capo al medico e quelli in capo al paziente; introdurre garanzie e istituire un sistema nazionale, regionale e aziendale di monitoraggio e prevenzione del rischio clinico;

15) l'articolo 3 del « decreto Balduzzi » veniva quindi integralmente abrogato, introducendo un nuovo articolo nel codice penale, l'articolo 590-*sexies*, in base al quale il professionista non risponde dei reati di omicidio colposo o lesioni personali colpose, ove abbia agito nel rispetto delle buone pratiche assistenziali, delle raccomandazioni e delle linee guida pubblicate dalla comunità scientifica;

16) se la legge 8 marzo 2017, n. 24, ha avuto effetti positivi, non ha, però, segnato un decisivo deterrente della litigiosità e non ha inciso sul fenomeno della medicina difensiva, anche perché il Governo non ha ancora emanato i previsti decreti

legislativi in attuazione delle deleghe attribuitegli dal legislatore;

17) risulta indispensabile addivenire a una nuova disposizione normativa di chiara interpretazione che tuteli sul piano penale gli esercenti le professioni sanitarie, pur facendo salve le procedure per l'accertamento delle eventuali responsabilità civili e amministrativa con evidenti ricadute positive sul Servizio sanitario nazionale e sui pazienti;

18) in occasione dell'evento pandemico da Covid-19 diverse disposizioni, tanto in merito alla somministrazione dei vaccini quanto alle cure, hanno previsto la non punibilità del personale sanitario, escludendo anche la colpa grave;

19) al fine di garantire gli esercenti delle professioni sanitarie che si prodigano per le cure, l'assistenza e la tutela dei pazienti, il Ministro della giustizia, con decreto 28 marzo 2023, ha ritenuto di istituire una commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica, al fine di esplorare l'attuale quadro normativo e giurisprudenziale in cui si iscrive la responsabilità colposa sanitaria, verificandone limiti e criticità e proponendone possibili prospettive di riforma ai fini di ogni utile intervento normativo;

20) negli altri Paesi comparabili al nostro, dopo un'indagine interna per escludere il dolo o la superficialità del medico, lo Stato garantisce e risarcisce senza bisogno di un processo, con un vantaggio plurimo: per il sistema sanitario, che non viene gravato da costi conseguenti la pratica della medicina difensiva, per il medico, che si sente più tutelato e può agire serenamente e per il paziente, che viene risarcito molto prima e senza l'aleatorietà di un giudizio che spesso si conclude con un nulla di fatto;

21) il mancato rinnovo dei regimi di favore per il rientro dei cervelli rappresenta un ulteriore esempio di miopia, visto che il Paese ha smesso di incentivare il rientro di professionisti formati in Italia, regalando così le loro competenze a altri

Paesi più attrattivi, anche in ragione delle retribuzioni più alte;

22) la serenità del personale sanitario mentre agisce per garantire il diritto alla salute costituzionalmente sancito è un patrimonio da salvaguardare, senza in nessun caso limitare la piena tutela giuridica del paziente,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare ogni iniziativa di competenza per salvaguardare il trattamento pensionistico degli esercenti le professioni sanitarie, e per incrementare sensibilmente le risorse destinate al rinnovo del contratto del comparto;
- 2) ad adottare in tempi rapidi i decreti attuativi della legge 8 marzo 2017, n. 24, in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- 3) ad adottare ogni iniziativa, anche di carattere normativo, volta a bilanciare l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica, prevedendo la non punibilità del personale esercente le professioni sanitarie per le condotte colpose e rafforzando le disposizioni e le procedure relative all'accertamento delle eventuali responsabilità civili e amministrative del personale sanitario e delle strutture ospedaliere;
- 4) ad avviare un confronto con le organizzazioni sindacali e le associazioni che rappresentano le categorie interessate, per valutare l'opportunità di introdurre un trattamento economico differenziato per alcuni specializzandi o altre modalità utili a sopperire alla carenza di infermieri e di medici specializzati in alcuni ambiti;
- 5) ad uniformare il monte orario degli specializzandi, come previsto dal contratto nazionale, rendendo obbligatoria la timbratura elettronica, anche al fine

di evitare che il medico in formazione venga utilizzato dall'azienda ospedaliera per sopperire alla carenza di personale medico, creando un disservizio al cittadino, che a volte si ritrova affidato a un medico ancora in formazione e quindi non sempre in grado di svolgere in autonomia la propria professione;

- 6) a rinnovare i regimi fiscali di favore per il rientro dei cervelli, anche al fine di incentivare il rientro in Italia del personale sanitario attualmente impiegato all'estero.

(1-00224) « Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni ».

La Camera,

premessi che:

1) con l'espressione « medicina difensiva » s'intendono comunemente quelle decisioni, attive od omissive, non obbligatoriamente consapevoli, che i medici prendono non valutando in maniera preminente il criterio essenziale del bene del paziente quanto piuttosto l'intento di evitare di essere accusati per non aver effettuato tutte le indagini e prescritto tutte le medicine esistenti, o, al contrario, per aver effettuato trattamenti ad alto rischio d'insuccesso o di complicanze per il paziente;

2) sia essa « medicina difensiva positiva » (quando si prescrivono al paziente esami e terapie non necessarie), o « medicina difensiva negativa » (che evita diagnosi o procedure troppo invasive al paziente stesso), essa nasce da un sempre maggior incremento della conflittualità tra medico e paziente (o famiglia dello stesso);

3) come rilevato da più fonti, ogni anno, in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali, contro medici e strutture sanitarie pubbliche. Risulta che oltre il 90 per cento dei casi si traduca in un nulla di fatto, ma questa situazione non garantisce non solo il medico e la struttura sanitaria ma anche lo stesso paziente;

4) infatti, la sicurezza e la qualità delle cure rappresentano gli elementi fondamentali di tutte le prestazioni e sono obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale, ma essa non può essere scissa dalla qualità delle cure, ed è indispensabile completamento e necessaria evoluzione dell'articolo 32 della nostra Carta costituzionale;

5) in questo quadro il medico deve prendere costantemente difficili decisioni, affrontando scelte complesse ed anche dolorose, che non possono fondarsi sul timore di eventuali ripercussioni in ambito giudiziario ma che devono garantire la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine della tutela della salute individuale e collettiva;

6) è, però, di tutta evidenza che la costante crescita di cause contro i medici e le strutture sanitarie non garantisce quella necessaria serenità che è propedeutica, come detto, alla presa di decisioni complesse. Se, infatti, come detto, la stragrande maggioranza dei casi si risolve in assoluzioni o archiviazioni, il processo che il medico si trova a subire ingiustamente è lungo, logorante, e non spinge certo lo stesso medico e i colleghi che ne vivono le vicissitudini ad agire come sarebbero chiamati a fare, mentre, anche a livello inconscio, possono essere propensi a tutelare sé stessi;

7) anche per porre un freno a questa situazione è stata approvata la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), detta « Gelli-Bianco » dal nome dei primi firmatari, che aveva lo scopo di ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un accorto bilanciamento tra i diritti del medico e quelli del paziente, con l'introduzione di garanzie e concentrandosi su un paradigma diverso da quello tradizionale, dando priorità alla prevenzione dei rischi e degli eventi avversi, con l'istituzione di un sistema nazionale, regionale e aziendale di monitoraggio e prevenzione;

8) si tratta di un dato positivo ma che non è stato sufficiente a ridurre la conflittualità e a porsi come deterrente alla « medicina difensiva », proprio in un sistema come quello medico che non può esistere se si trova a dover affrontare il rischio continuo di indagini penali e di accuse gravi e, spesso, non giustificate;

9) oltre al fatto che, mancando ancora alcuni dei decreti attuativi che la legge n. 24 del 2017 prevedeva e che, quindi, non si è ancora proceduto alla completa attuazione della stessa, vi è un'osservazione che deve essere fatta. Come è noto, l'articolo 6 della citata legge introduce nel codice penale la fattispecie della « Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario », che al comma 1, secondo paragrafo, stabilisce: « Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto »;

10) la questione si pone non tanto sulle linee guida, redatte in base a criteri validati in letteratura, ma per quel che riguarda le « buone pratiche clinico-assistenziali », che sono difficilmente definibili, nonostante alcune si trovino indicate nel sito dell'Istituto superiore di sanità;

11) infatti, le buone pratiche non appaiono facilmente standardizzabili, dipendendo da un insieme di fattori molto variabile, legati al paziente, all'età, alla presenza contemporanea di più patologie, e non possono che basarsi sulle conoscenze e sull'esperienza del singolo medico;

12) un ruolo importantissimo, come mostrato dalla tremenda esperienza dell'epidemia di Covid-19, è svolto dalla medicina territoriale, ossia da tutte quelle prestazioni sanitarie di primo livello e pronto intervento che hanno finalità preventive e si presentano come alternativa all'ospedalizzazione e che, inoltre, che sono volte a

garantire la continuità assistenziale per i pazienti dimessi dagli ospedali (fase post-acuta) e che hanno patologie croniche. Dovrebbero garantire inoltre un'integrazione tra il livello sanitario primario e i livelli superiori;

13) si fa riferimento, in particolare, ai medici di medicina generale (Mmg), ai pediatri di libera scelta, ai medici di continuità assistenziale (guardia medica) e ai medici specialisti ambulatoriali. Tutte queste figure sono particolarmente esposte a richieste di risarcimento da parte dei pazienti ma anche a gravi aggressioni fisiche, e necessitano di una tutela importante per poter svolgere i loro delicati compiti a tutela della salute delle persone che a loro si affidano;

14) il 17 settembre si celebra la « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », per aumentare la consapevolezza e l'informazione degli operatori sanitari e dei pazienti e diffondere la cultura della sicurezza delle cure come parte fondamentale del diritto alla salute, con al centro la persona assistita per quel che riguarda la programmazione delle scelte sanitarie ed il coinvolgimento nel processo assistenziale. Si tratta di obiettivi fondamentali ma che rischiano di essere compromessi da una sempre maggiore conflittualità come quella sopra indicata;

15) appare necessaria, proprio nell'ottica della « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », immaginare non solo interventi legislativi a tutela dei medici e del personale sanitario ma anche di formazione costante volti, tra l'altro, ad una vera umanizzazione della cura, in modo da avvicinare concretamente medici e pazienti che sono tutti impegnati nella stessa battaglia contro la malattia e per una sempre maggiore efficacia delle cure, oltre che nella prevenzione,

impegna il Governo:

1) nell'ottica della piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, a valu-

- tare la possibilità di assumere iniziative normative di competenza per giungere ad una vera depenalizzazione dell'atto medico, fatte salve, ovviamente, quelle situazioni particolari e limitate nelle quali si possa riscontrare colpa grave o dolo, bilanciando l'esigenza di salvaguardia degli operatori sanitari — e quindi la loro serenità nelle scelte necessarie per il paziente — da iniziative giudiziarie ingiuste con i diritti del paziente, che deve comunque poter adire il giudice civile qualora si ritenga danneggiato da episodi gravissimi di negligenza medica;
- 2) a procedere quanto prima all'adozione dei decreti attuativi previsti dalla legge « Gelli-Bianco » e non ancora emanati, in modo da dare piena e completa attuazione alla legge n. 24 del 2017;
 - 3) ad adottare iniziative per giungere, per quanto di competenza e in accordo con le istituzioni sanitarie, ad una definizione chiara di « colpa grave »;
 - 4) a realizzare concretamente, per quanto di competenza, l'attivazione, laddove necessario, ed il funzionamento della struttura di *risk management* già prevista dalla legge n. 24 del 2017;
 - 5) a favorire, per quanto di competenza, le iniziative volte alla realizzazione di una formazione continua sulle relazioni di cura, con particolare attenzione alla loro umanizzazione, e facendo attenzione anche alle nuove modalità di interazione con la persona assistita (digitalizzazione, telemedicina, intelligenza artificiale), prevedendo, anche laddove necessario, nuove linee guida ed eventuali interventi normativi;
 - 6) a procedere, per quanto di competenza, alla modifica ed omogeneizzazione delle linee guida cliniche, facendo riferimento in particolare all'Istituto superiore di sanità (posto che attualmente risulta che ne esistano un centinaio prodotte dalle società scientifiche accreditate);
 - 7) a rendere operativo il protocollo d'intesa tra il Consiglio nazionale forense, il Consiglio superiore della magistratura e la Fnomceo per quel che riguarda la revisione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici, redigendo al riguardo linee guida coerenti con la legge n. 24 del 2017;
 - 8) ad adottare con urgenza ogni iniziativa, per quanto di competenza, volta a salvaguardare i trattamenti pensionistici di tutti gli esercenti le professioni sanitarie;
 - 9) a prevedere, per quanto di competenza, con particolare attenzione all'emergenza-urgenza, misure volte ad incentivare la scelta da parte dei medici delle specializzazioni ove maggiore è la carenza di professionisti;
 - 10) a predisporre iniziative volta a garantire all'interno del Ssn le disposizioni previste nella Carta europea dei diritti del malato presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002, volta a garantire un alto livello di protezione della salute umana assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali in Europa.
- (1-00225)** « Girelli, Furfaro, Gianassi, Malavasi, Serracchiani, Ciani, Stumpo ».
- La Camera,
- premesso che:
- 1) la medicina difensiva, in senso stretto, identifica la condotta del sanitario che, nel prendere decisioni in relazione ad un paziente, fa prevalere l'esigenza di evitare le conseguenze giudiziarie rispetto alla tutela della salute del paziente stesso e a tal fine può compiere atti di cura o esami in eccesso (medicina difensiva attiva) ovvero omettere i predetti atti fino ad arrivare talvolta a non prendere in cura il paziente (medicina difensiva passiva);
 - 2) il sanitario che mette in atto una medicina difensiva attiva abusa di esami, accertamenti sanitari, pratiche cliniche con rilevanti conseguenze sui costi stessi, sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale

pubblico e universalistico, sul bilancio stesso del paziente e della sua famiglia se si tratta di costi non coperti dal Ssn; non meno grave è la condotta del sanitario che per evitare conseguenze giudiziarie rifiuta l'intervento di propria competenza perché ritenuto troppo rischioso;

3) in letteratura la pratica della medicina difensiva è generalmente suddivisa in positiva, quando i medici prescrivono visite, farmaci o esami superflui, e negativa, quando i medici si rifiutano di curare pazienti ad alto rischio o di assumere incarichi ad alto rischio di contenzioso;

4) i pazienti sono le prime vittime, soprattutto della medicina difensiva negativa, allorquando non riescono a trovare medici disposti ad effettuare interventi chirurgici potenzialmente risolutivi ma rischiosi;

5) l'attuale grave crisi di personale nei pronto soccorso, con tempi di attesa che superano le otto ore per ricevere una visita, è causata, in parte, anche dall'elevato rischio di ricevere denunce per i medici che vi lavorano;

6) tutti gli organismi europei, ormai da diversi anni, hanno indicato la necessità di adottare misure di prevenzione a livello normativo ed operativo per assolvere all'obbligo di tutela della vita e dell'integrità psico-fisica dei pazienti, riducendo al minimo i rischi connessi;

7) la 72^a Assemblea mondiale della sanità (WHA72) nel maggio 2019 ha adottato una risoluzione sull'Azione globale sulla sicurezza dei pazienti che riconosce la sicurezza dei pazienti come una priorità sanitaria globale e sottolinea che nessuno dovrebbe essere danneggiato nell'assistenza sanitaria e chiede all'OMS di formulare un piano d'azione globale per la sicurezza dei pazienti;

8) secondo quanto riportato sul sito dell'Oms, le pratiche terapeutiche non sicure e gli errori terapeutici sono una delle principali cause di lesioni e danni evitabili nei sistemi sanitari di tutto il mondo; a

livello globale, il costo associato agli errori terapeutici è stato stimato in 42 miliardi di dollari all'anno;

9) secondo il *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* dell'Oms, « si stima che un paziente su dieci è soggetto a un evento avverso mentre riceve cure ospedaliere nei Paesi ad alto reddito. Le prove disponibili suggeriscono che 134 milioni di problemi derivanti da cure non sicure si verificano negli ospedali dei Paesi a basso e medio reddito, contribuendo a circa 2,6 milioni di decessi ogni anno. Secondo le recenti stime, il costo sociale del danno ai pazienti può essere valutato tra un trilione e due trilioni di dollari l'anno. »;

10) talune ricerche sulla medicina difensiva hanno restituito dati allarmanti secondo cui circa il 70 per cento dei medici ha messo in atto, almeno una volta nell'arco della carriera, una strategia di medicina difensiva e più del 10 per cento dei medici è coinvolto in una controversia legale;

11) il ricorso da parte dei medici a comportamenti « protettivi » come la medicina difensiva, e quindi alla richiesta di visite, esami, farmaci e altre pratiche cliniche superflue utili in caso di contenzioso, risulta in forte crescita ed è associato, secondo le più recenti inchieste, alle circa 300 mila le cause per colpa medica, 35 mila ogni anno le richieste di risarcimento. La maggior parte riguarda l'attività chirurgica (38,4 per cento), omesse o errate diagnosi (20,7 per cento) errori terapeutici (10,8 per cento), infezioni nosocomiali (6,7 per cento);

12) nonostante l'80 per cento delle cause intentate finisca in un'assoluzione o archiviazione, la preoccupazione e il malessere della classe medica è costante perché, comunque, le indagini vengono avviate e i processi continuano ad aver corso lasciando stremati i sanitari, costretti ad affrontare defatiganti difese in punto di fatto e di diritto e a fare ricorso a consulenti tecnici e avvocati specialisti del settore;

13) il fenomeno della medicina difensiva è cresciuto dunque in maniera concomitante all'aumento del contenzioso le-

gale per *malpractice* medica. Più aumentano i contenziosi medico – legali e la loro percezione nella classe medica, più aumenta il ricorso alla medicina difensiva che sottrae risorse a chi ha un bisogno effettivo di cure. Più si riduce l'effettiva disponibilità di risorse sanitarie e più aumentano i danni ai pazienti e quindi il contenzioso medico legale. Si tratta, dunque, di un circolo vizioso per cui il fenomeno è sia causa che conseguenza delle azioni giudiziarie;

14) la crescita esponenziale del fenomeno ha determinato anche la difficoltà di trovare copertura assicurativa idonea per i sanitari e per le strutture sanitarie, con una diminuzione dell'offerta da parte delle compagnie assicurative ed un aumento insostenibile dei premi assicurativi, soprattutto per talune specialità sanitarie;

15) indubbiamente sulla medicina difensiva ha influito l'avanzamento e la diffusione delle conoscenze in medicina che ha determinato un innalzamento delle aspettative da parte del paziente e dei suoi familiari;

16) significative sono inoltre le stime della cosiddetta mortalità evitabile (somma tra mortalità prevenibile e mortalità trattabile) le quali suggeriscono che entro i 75 anni di età si osservano circa 300 mila decessi evitabili, dei quali il 50 per cento trattabili (vedi Rapporto MEV 2020-2021);

17) anche la riduzione della spesa sanitaria ha indubbiamente cronicizzato il fenomeno a causa della riduzione dell'organico delle strutture sanitarie che ha deteriorato le condizioni di lavoro del personale sanitario, stressato da turni massacranti e da stipendi inadeguati, con rilevanti conseguenze sulla salute quale diritto esigibile costituzionalmente garantito;

18) la carenza di risorse umane e stipendi sensibilmente al di sotto della media europea aumenta esponenzialmente la pratica della medicina difensiva poiché il personale sanitario non si trova ad operare in un contesto sicuro e soddisfacente; i dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche si trovano ad effettuare straordinari esorbitanti con un inevitabile aumento del rischio di errore medico;

19) la crescita esponenziale del cosiddetto fenomeno dei gettonisti favorisce ulteriormente il rischio clinico poiché crea contesti poco fidelizzati e privi di coordinamento; la precarizzazione e il conseguente carico di lavoro di taluni contesti sanitari ed ospedalieri, come ad esempio le aree dell'emergenza, rende meno appetibili le specializzazioni necessarie per lavorare in quei contesti;

20) per le suesposte ragioni e per le bene note fragilità del nostro Ssn, il personale sanitario sta rappresentando proprio in questi giorni tutta la propria insoddisfazione rispetto a condizioni di lavoro ormai sempre più insostenibili e rispetto a progressivi definanziamenti del Servizio sanitario pubblico e finanche del sistema pensionistico che indurrebbe addirittura il personale medesimo ad abbandonare il sistema sanitario pubblico prima ancora dei tempi ordinari;

21) caratteristiche del fenomeno sono dunque: l'assenza di serenità per il sanitario, la sfiducia nel Ssn del paziente che non riceve le cure adeguate, la crescita esponenziale dei costi per l'intera collettività per prestazioni in realtà evitabili e, infine, il sacrificio della prevenzione;

22) le conseguenze della medicina difensiva hanno, peraltro, un impatto sociale importante: dall'aggravio economico sul bilancio dello Stato (si stima che in Italia la medicina difensiva abbia un costo di 165 euro *pro capite*), senza che a ciò corrisponda un aumento di qualità e di sicurezza del Servizio sanitario nazionale, all'aumento dei premi assicurativi a carico del personale sanitario, sino ad arrivare alla conseguente limitazione del diritto alla salute riconosciuto dall'articolo 32 della nostra Costituzione;

23) le ripercussioni in termini economici per il Ssn nel suo complesso sono rilevanti. Sebbene il costo della medicina difensiva non sia facilmente quantificabile, secondo stime recenti di AgeNaS, in Italia esso si aggirerebbe intorno al 10 per cento della spesa sanitaria complessiva, pari a circa 9-10 miliardi di euro l'anno (0,75 per

cento del Pil); a ciò si aggiunga l'ulteriore considerazione che tutto questo costa ai contribuenti 22,5 miliardi di euro l'anno, ossia il 15 per cento della spesa sanitaria annuale, condizionando gravemente l'attività assistenziale;

24) nel 2017 il legislatore è intervenuto per cercare di contrastare il fenomeno in maniera sistemica, attraverso la legge n. 24 del 2017, cosiddetta « legge Gelli » dal nome del suo estensore, che, nelle fasi di approvazione della legge medesima, ebbe modo di rappresentare che: « [...] la medicina difensiva rappresenta circa tra l'11 per cento e il 23 per cento di tutte le prestazioni [...]: nel dettaglio i medici dichiarano di prescrivere farmaci (53 per cento), visite specialistiche (73 per cento), esami di laboratorio (71 per cento), esami strumentali (76 per cento) e ricoveri (50 per cento) anche per il timore di ricevere una denuncia da parte dei pazienti (78 per cento). Per quanto riguarda l'impatto economico, la medicina difensiva incide sui costi del Servizio sanitario nazionale per il 10,5 per cento circa, per una cifra pari a 10 miliardi di euro »;

25) con l'intervento legislativo si è percorsa la prevalente strada di attenuare la responsabilità del sanitario e nel contempo di risarcire, ove possibile, i pazienti attraverso l'istituzione di un fondo per le vittime di malasanità; più in particolare, è stato introdotto un nuovo articolo nel codice penale, il 590-*sexies*, che prevede l'esclusione della responsabilità penale del sanitario per morte o lesioni, nel caso di imperizia e di colpa lieve, a condizione che il sanitario abbia agito in conformità a linee guida o, in mancanza di esse, seguendo le buone pratiche clinico-assistenziali;

26) a più di sei anni di distanza dall'approvazione della legge in questione, mancano ancora taluni decreti attuativi che di fatto la rendono inefficace per la parte precipuamente intesa a definire i criteri e le modalità per la vigilanza e il controllo sulle imprese di assicurazione che intendano operare in ambito sanitario e sui requisiti minimi delle polizze assicurative;

27) senza i decreti attuativi della cosiddetta legge Gelli, di fatto, non si con-

sente al soggetto danneggiato di agire direttamente, entro i limiti del massimale, nei confronti dell'impresa di assicurazione e né è operativo il « Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria », che dovrebbe essere alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese assicuratrici operanti nel ramo, destinato a risarcire il danno in caso di esubero rispetto al massimale assicurativo, di insolvenza della compagnia, o di assenza di copertura assicurativa per recesso dell'impresa o per sopravvenuta cancellazione dall'albo della medesima;

28) per la parte comunque attuata, la cosiddetta legge Gelli non si è mostrata risolutiva dei problemi di contesto sopra esposti soprattutto in riferimento alla colpa medica e la fragilità dell'impianto complessivo si è disvelata in maniera palese proprio durante la pandemia;

29) guardando oltre i confini nazionali, sul tema della responsabilità sanitaria rileva l'esperienza dell'ordinamento francese che seguendo lo stesso percorso italiano dell'aumento esponenziale dei contenziosi giudiziari e della difficoltà di trovare idonee coperture assicurative, con due provvedimenti normativi del 2002 ha ridefinito il regime della responsabilità sanitaria prevedendo sia il rimedio tradizionale della responsabilità civile ancorata alla colpa sia il sistema di solidarietà sociale, cosiddetto « *no-fault* », che devolve il ristoro o indennizzo ad un sistema di sicurezza sociale, alternativo ad un eventuale risarcimento ottenuto in sede giudiziaria, con un diritto di rivalsa nei confronti del responsabile con colpa grave, nell'ipotesi in cui si dovessero verificare dei danni in assenza di una chiara responsabilità del professionista, della struttura o di un produttore;

30) viene previsto in Francia, in maniera solidaristica, un fondo di garanzia nazionale che si fa carico dei danni irreversibili e gravi avvenuti in corso di trattamento sanitario. L'istituzione di tale fondo che eroga indennizzi è più economica rispetto al pagamento di polizze assicurative da parte di enti e strutture del Servizio sanitario nazionale, inoltre, riduce il nu-

mero totale di cause, che si genera in un sistema basato sulla colpa come il nostro;

31) in Italia esiste già, per alcune limitate fattispecie, la possibilità di ottenere un indennizzo solidaristico. Le due più importanti differenze rispetto al sistema francese sono:

a) il meccanismo dell'indennizzo italiano si va, nella pratica, a sommare al tentativo giudiziario di ottenere un risarcimento;

b) il meccanismo dell'indennizzo italiano è limitato a poche fattispecie;

32) un regime ad indennizzo alternativo al ristoro per via giudiziaria può ridurre invece le spese per la medicina difensiva,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire nelle strutture sanitarie, attraverso l'assunzione di personale, condizioni di lavoro idonee e tali da contenere il fenomeno della medicina difensiva che, a causa della riduzione dell'organico e del deterioramento delle condizioni di lavoro del personale sanitario, stressato da turni massacranti e da stipendi inadeguati, rischia di crescere esponenzialmente, con rilevanti conseguenze sulla salute quale diritto esigibile costituzionalmente garantito;
- 2) a garantire al personale sanitario condizioni economiche e contrattuali idonee e comunque non inferiori alla media europea, salvaguardando risorse congrue per il trattamento pensionistico del personale medesimo senza intaccare le risorse del Fondo sanitario nazionale;
- 3) a rendere appetibili le specializzazioni attualmente carenti attraverso opportuni incentivi economici da concordare con le organizzazioni sindacali e a garantire agli specializzandi condizioni di lavoro dignitose e rispettose eliminando ogni forma di sfruttamento del loro lavoro, rendendo obbligatoria la timbratura elettronica per gli specializzandi medesimi;
- 4) ad assumere ogni iniziativa opportuna, anche di carattere normativo, per assicurare agli infermieri un adeguato riconoscimento economico e professionale, garantendo l'autonomia professionale per alcune specializzazioni cliniche infermieristiche;
- 5) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, attraverso uno straordinario piano assunzionale, un adeguato numero di operatori sociosanitari, per permettere un'efficace gestione dell'assistenza e un'efficace interazione e integrazione delle diverse professionalità coinvolte;
- 6) a dare attuazione alla legge n. 24 del 2017, cosiddetta « legge Gelli », adottando i relativi decreti attuativi la cui mancanza non consente al soggetto danneggiato di agire direttamente, entro i limiti del massimale, nei confronti dell'impresa di assicurazione e ovvero di avvalersi del « Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria », che dovrebbe essere alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese assicuratrici per risarcire il danno in caso di esubero rispetto al massimale assicurativo, di insolvenza della compagnia, o di assenza di copertura assicurativa per recesso dell'impresa o per sopravvenuta cancellazione dall'albo della medesima;
- 7) ad avviare una comparazione con l'ordinamento francese al fine di verificare se sia possibile introdurre nel nostro ordinamento il sistema di solidarietà sociale, il cosiddetto « *no-fault* », che devolve il ristoro o indennizzo ad un sistema di sicurezza sociale, alternativo ad un eventuale risarcimento ottenuto in sede giudiziaria, nell'ipotesi in cui si dovessero verificare dei danni in assenza di una chiara responsabilità del professionista, della struttura o di un produttore, quali ad esempio danni da infezioni nosocomiali, danni da farmaci e da incidenti (traumi, cadute accidentali) avvenuti nelle strutture ospedaliere;

- 8) ad adottare iniziative di competenza volte a verificare e documentare nel più breve tempo possibile se in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private siano state costituite unità sul rischio clinico deputate a prevenire che l'organizzazione deficitaria sia causa di danni al paziente per inosservanza degli *standard* di sicurezza o del generale dovere di diligenza, prudenza, perizia e se tutte abbiano predisposto la prescritta relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che li hanno prodotti e sulle iniziative messe in atto per contrastarli;
- 9) a provvedere alla pubblicazione del *report* annuale sul monitoraggio delle denunce di sinistri, dando evidenza dei dati relativi alle denunce di sinistri e degli eventi sentinella e a rendere permanentemente pubblici i dati attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Simes), al fine di consentire la valutazione dei rischi e il monitoraggio completo degli eventi avversi, di migliorare la gestione del contenzioso e di consentire a tutta la collettività di conoscere la sinistrosità delle aziende sanitarie;
- 10) ad adottare iniziative volte a rendere pubblico, sul sito del Ministero della salute, l'adempimento circa l'obbligo di trasparenza delle strutture pubbliche e private, con specifico riferimento alla pubblicazione dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, e verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario;
- 11) a promuovere, nel contesto del rischio clinico, la formazione degli operatori alla comunicazione efficace al fine di umanizzare la relazione tra i sanitari e il paziente e suoi familiari e di renderla parte della cura, riducendo il contenzioso medico-legale e il rischio di aggressività;
- 12) a valutare il costo della medicina difensiva in termini economici, l'impatto sulle liste d'attesa, l'impatto sulla fruibilità del Servizio sanitario nazionale, sugli effetti avversi da farmaci inutili e sul numero di tumori per esposizione a radiazioni ionizzanti non necessarie;
- 13) a valutare ogni iniziativa utile a ridurre le problematiche connesse alla medicina difensiva, senza aumentare i rischi per i pazienti e senza intaccare il diritto ad un giusto risarcimento in caso di colpa medica;
- 14) ad assumere ogni iniziativa di competenza, anche di carattere normativo, volta a bilanciare l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengano danneggiati da episodi di negligenza medica;
- 15) a valutare l'opportunità di rendere il sistema di indennizzi per gravi danni alla salute liberamente alternativo per il cittadino rispetto al tentativo di ottenere risarcimento giudiziario;
- 16) a valutare di adottare iniziative volte ad estendere l'opportunità di ricevere un indennizzo per gravi danni alla salute anche a quei danni derivati dalla somministrazione di farmaci, dai trattamenti sanitari ricevuti senza consenso (Tso), dalle infezioni nosocomiali e dai traumi accidentali occorsi in ospedale (tra i quali, la caduta dalla barella).
- (1-00226) « Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro, Francesco Silvestri ».

