

629.

Allegato B

ATTI DI CONTROLLO E DI INDIRIZZO

INDICE

	PAG.		PAG.
ATTI DI INDIRIZZO:		Giustizia.	
<i>Mozione:</i>		<i>Interrogazioni a risposta scritta:</i>	
Malavasi	1-00555 18367	Ghirra	4-07259 18380
		Varchi	4-07266 18381
ATTI DI CONTROLLO:		Imprese e made in Italy.	
Presidenza del Consiglio dei ministri.		<i>Interrogazioni a risposta immediata in Commissione:</i>	
<i>Interrogazioni a risposta scritta:</i>		X Commissione:	
Mari	4-07258 18373	Appendino	5-05135 18382
Casu	4-07262 18374	Ghirra	5-05136 18382
Gribaudo	4-07265 18375	Pandolfo	5-05137 18383
Agricoltura, sovranità alimentare e foreste.		Cavo	5-05138 18384
<i>Interrogazione a risposta orale:</i>		Infrastrutture e trasporti.	
Gadda	3-02545 18376	<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>	
Ambiente e sicurezza energetica.		Ghirra	4-07260 18384
<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>		Interno.	
Morfinio	4-07256 18377	<i>Interrogazioni a risposta scritta:</i>	
Cultura.		Stefanazzi	4-07257 18385
<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>		Antoniozzi	4-07263 18386
Amato	4-07264 18378	Lacarra	4-07267 18387
Economia e finanze.		Istruzione e merito.	
<i>Interrogazione a risposta in Commissione:</i>		<i>Interrogazione a risposta orale:</i>	
Vaccari	5-05139 18379	Caso	3-02544 18388

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

	PAG.		PAG.
<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>		Pubblicazione di un testo riformulato	18391
Manzi	4-07255 18389	<i>Mozione:</i>	
Lavoro e politiche sociali.		Conte	1-00553 18391
<i>Interrogazione a risposta scritta:</i>		Trasformazione di documenti del sindacato	
Morfini	4-07261 18390	ispettivo	18403

ATTI DI INDIRIZZO

Mozione:

La Camera,

premesso che:

l'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, imponendo alla Repubblica un obbligo di protezione attiva e non meramente dichiarativa; in combinato disposto con l'articolo 3 della Costituzione, il legislatore ha il dovere di rimuovere gli ostacoli economici, sociali e territoriali che limitano l'accesso effettivo alle cure, garantendo livelli essenziali di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale;

le sentenze della Corte costituzionale n. 275 del 2016 e n. 195 del 2024 hanno confermato che il diritto alla salute è un diritto immediatamente esigibile e non subordinabile alla capacità dei bilanci pubblici;

il Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge n. 833 del 1978, rappresenta una delle più significative realizzazioni dello Stato sociale europeo; fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, il Servizio sanitario nazionale ha garantito per decenni un accesso omogeneo alle cure, riducendo le disparità territoriali;

tuttavia, i dati Ocse mostrano come l'Italia sia tra i Paesi europei con minore crescita della spesa sanitaria in rapporto al prodotto interno lordo negli ultimi 15 anni, con un incremento medio annuo dello 0,3 per cento, contro una media dell'Unione europea dell'1,5 per cento; nel 2024 l'Italia, per spesa sanitaria pubblica *pro capite*, si colloca al 14° posto tra i 27 Paesi europei dell'area Ocse e in ultima posizione tra quelli del G7, con una spesa sanitaria pubblica pari al 6,3 per cento del prodotto interno lordo, inferiore sia alla media Ocse (7,1 per cento) che a quella europea (6,9 per cento), con un *gap* di circa 43 miliardi di euro rispetto agli altri Paesi europei; la spesa *pro capite* è di 3.835 dollari, netta-

mente inferiore sia alla media Ocse (4.625 dollari) che a quella europea (4.689 dollari); il confronto con i Paesi del G7 evidenzia, inoltre, come Germania e Regno Unito presentino livelli di spesa più che doppi rispetto all'Italia;

« Il sottofinanziamento pubblico della sanità italiana – dichiara Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe – è ormai una questione strutturale, che, oltre a generare tensioni crescenti in Parlamento, sta mettendo in grandi difficoltà tutte le regioni, sempre più in affanno nel garantire i livelli essenziali di assistenza mantenendo in ordine i bilanci. Ma oggi il conto più salato di queste scelte miopi lo pagano anzitutto i cittadini costretti a confrontarsi ogni giorno con liste d'attesa fuori controllo, pronto soccorso al collasso, carenza di medici di famiglia, disuguaglianze territoriali e sociali sempre più marcate e la necessità sempre più frequente a pagare di tasca propria visite e prestazioni sanitarie fino a rinunciare del tutto. Nel 2024 sono state costrette a farlo ben 5,8 milioni di persone, quasi 1 su 10 »;

la spesa sanitaria privata diretta sostenuta dalle famiglie ha raggiunto nel 2025 quasi 10 miliardi di euro annui, con un incremento del 42 per cento rispetto al 2015, generando effetti regressivi sui redditi medio-bassi; circa 1,7 milioni di cittadini hanno fatto ricorso a prestiti per spese sanitarie, per un ammontare totale stimato in 1,4 miliardi di euro, fenomeno in crescita rispetto ai 900 milioni registrati nel 2019;

l'invecchiamento della popolazione, con il 24,3 per cento degli individui sopra i 65 anni nel 2025 e oltre 4,7 milioni di cittadini *over 80*, ha determinato un aumento delle patologie croniche e multimorbidità; secondo l'Istat, nel 2025 oltre 25 milioni di cittadini soffrono di almeno una patologia cronica, nonostante l'Italia sia tra i Paesi più longevi al mondo, con un'aspettativa di vita di circa 83,5 anni;

tuttavia, gli anni vissuti in buona salute sono in media circa 58,1, con un peggioramento negli ultimi anni. L'aumento

della longevità è accompagnato da una crescita delle condizioni croniche e neurologiche: circa 7 milioni di persone soffrono di emicrania, 12 milioni di disturbi del sonno, oltre 1,2 milioni di demenza, circa 800.000 persone convivono con esiti di ictus e circa 400.000 con malattia di Parkinson; la multicronicità interessa quasi il 49 per cento delle persone con più di 75 anni, rendendo sempre più necessario rafforzare la presa in carico territoriale e i percorsi diagnostico-terapeutici integrati;

la carenza di personale sanitario è un fattore critico: nel 2025 risultano scoperti circa 40.000 posti tra medici e infermieri dovuti a blocchi del *turn-over*, limitata programmazione delle borse di specializzazione e condizioni contrattuali non competitive rispetto a Germania, Francia e Spagna; il numero di medici per 1.000 abitanti in Italia è 3,8, inferiore alla media dell'Unione europea di 4,5; il numero di infermieri per 1.000 abitanti è 5,6, contro una media dell'Unione europea di 8;

la mancata integrazione tra ospedale e territorio, il ritardo nel pieno sviluppo delle strutture previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza e l'insufficiente investimento nella prevenzione hanno determinato un aumento delle ospedalizzazioni improprie e delle agende specialistiche sovraccariche;

le liste di attesa costituiscono la manifestazione più evidente dello squilibrio strutturale del nostro sistema sanitario: nel 2025 sono state registrate 57,8 milioni di prestazioni prenotate tramite la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, che monitora prime visite e diagnostica per tutte le regioni e le strutture accreditate; tuttavia, la piattaforma non fornisce dati consultabili a livello regionale o per singola struttura, impedendo una corretta lettura dei ritardi reali e della loro distribuzione territoriale. Numerose indagini civiche e dati raccolti da associazioni di tutela dei cittadini rivelano attese estremamente lunghe per visite ed esami rispetto ai tempi massimi previsti dalla normativa nazionale (entro 72 ore per urgente, 10 giorni per breve, 30-60 giorni per differibile e 120

giorni per programmabile). Secondo l'analisi di *Sky Tg24* e *Altroconsumo*, oltre la metà delle visite (52 per cento) e più di un terzo degli esami (36 per cento) superano i tempi massimi previsti, con attese medie di circa 105 giorni. Rapporti civici basati su segnalazioni raccolte presso il Ministero della salute indicano casi estremi come attese fino a 360 giorni per Tac, 500 giorni per prime visite specialistiche e 720 giorni per una colonscopia. Tali ritardi generano la rinuncia alle prestazioni o il ricorso al privato, con conseguente aumento della spesa diretta delle famiglie;

l'attività libero-professionale dei medici all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, l'*intramoenia*, rappresenta un indicatore fondamentale del funzionamento e dell'equilibrio dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale e un ricorso eccessivo o mal gestito a tale attività, unitamente alle prestazioni aggiuntive, può evidenziare gravi criticità organizzative, con liste d'attesa non rispettate e dati falsati sulle agende, a scapito del diritto dei cittadini a prestazioni tempestive e garantite dalla legge;

le responsabilità di tali inefficienze ricadono sia a livello aziendale, in termini di gestione e organizzazione, che a livello regionale, in termini di programmazione, controllo e supervisione, sebbene la normativa vigente stabilisca limiti chiari all'*intramoenia*, vincoli alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite a carico del Servizio sanitario nazionale e obblighi di trasparenza e tracciabilità nelle agende e nelle liste d'attesa;

laddove i cittadini non trovino posto nel pubblico e siano costretti a ricorrere all'*intramoenia*, la responsabilità della spesa non deve ricadere sull'utente, ma sul Servizio sanitario nazionale, in piena ottemperanza ai principi di universalità, equità e diritto alla salute;

con la legge n. 107 del 2024 è stato istituito l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e sulle liste d'attesa, con il compito di rafforzare il sistema di monitoraggio e di verifica sull'attuazione delle normative relative ai tempi di erogazione.

zione delle prestazioni sanitarie da parte delle regioni, prevedendo anche poteri sostitutivi nei confronti delle amministrazioni regionali inadempienti e la possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture sanitarie per analizzare le disfunzioni del sistema e tutelare il diritto dei cittadini a ricevere prestazioni sanitarie nei tempi previsti dalla normativa;

per il funzionamento di questo Organismo è stata prevista una struttura composta da una cabina di regia, un ufficio dirigenziale di livello generale, quattro dirigenti non generali e circa venti unità di personale, con uno stanziamento di circa 1,4 milioni di euro per l'anno 2024 e oltre 2,6 milioni di euro annui a decorrere dal 2025; tuttavia, a oltre diciotto mesi dalla sua istituzione non risultano ancora pienamente definite la struttura organizzativa, la nomina della direzione e la piena operatività dell'organismo stesso, circostanza che rischia di limitarne l'efficacia nella riduzione delle liste di attesa;

la progressiva riduzione della capacità produttiva del Servizio sanitario nazionale e l'aumento della spesa privata hanno effetti macroeconomici rilevanti: riduzione del reddito disponibile, minori consumi, aumento delle disuguaglianze, riduzione della produttività; in Italia circa 4 milioni di lavoratori sono poveri o a rischio povertà e l'incremento della spesa sanitaria *out-of-pocket* colpisce in modo sproporzionato donne, anziani e famiglie monoreddito;

a tali criticità si aggiunge una debolezza strutturale nella programmazione sanitaria nazionale: l'ultimo Piano sanitario nazionale approvato risale al triennio 2006-2008 e, nonostante la normativa ne preveda l'aggiornamento periodico, non è stato successivamente adottato un nuovo piano strategico nazionale, determinando un vuoto programmatico che rende più difficile garantire una visione unitaria delle politiche sanitarie e coordinare efficacemente le azioni tra Stato e regioni;

analisi recenti sulla programmazione sanitaria regionale evidenziano, inol-

tre, una forte eterogeneità tra i territori: numerose regioni dispongono di piani sanitari approvati prima della pandemia e non aggiornati alle nuove esigenze del sistema sanitario, mentre altre adottano strumenti programmatori differenti o temporanei; tale frammentazione contribuisce ad ampliare le disuguaglianze territoriali nell'organizzazione dei servizi sanitari, nella pianificazione delle reti cliniche e nei modelli di assistenza territoriale;

la frammentazione programmatica e le difficoltà organizzative incidono direttamente sull'accesso alle cure: nel 2024 quasi una persona su dieci (9,9 per cento) ha rinunciato a visite o esami specialistici, principalmente a causa delle liste di attesa troppo lunghe o per difficoltà economiche; parallelamente la spesa sanitaria privata è cresciuta significativamente negli ultimi anni, superando i 40 miliardi di euro annui;

l'adozione incompleta dei decreti attuativi previsti dal decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024, limita l'efficacia delle misure, in particolare per quanto riguarda la definizione dei fabbisogni di personale, l'ottimizzazione delle agende e la programmazione delle borse di specializzazione;

a questa criticità si aggiunge la carenza di risorse, aggravata dal fatto che il decreto-legge è stato approvato a costo zero, senza prevedere stanziamenti aggiuntivi, né incremento del personale. La mancanza di risorse finanziarie, umane e logistiche riduce la capacità delle strutture di pianificare e gestire in modo efficiente le attività, ostacolando la piena attuazione delle misure previste. In assenza di un adeguato apporto di fondi e di un completamento tempestivo dei decreti attuativi, gli interventi producono risultati parziali, disomogenei e insufficienti rispetto agli obiettivi prefissati, con effetti negativi sulla qualità dei servizi offerti e sulla formazione dei nuovi professionisti;

l'ulteriore espansione del privato accreditato senza regole uniformi, insieme alle agende chiuse e all'*intramoenia* diffusa, ha prodotto un doppio binario nell'accesso

alle cure, con discriminazioni economiche e territoriali, compromettendo l'universalismo del Servizio sanitario nazionale;

l'appropriatezza prescrittiva e l'implementazione di protocolli clinici standardizzati rappresentano strumenti essenziali per ridurre gli sprechi, migliorare la qualità delle cure e contenere i costi;

a livello regionale permangono forti squilibri: nel Nord, regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, registrano tempi medi di attesa per visite specialistiche di circa 45-60 giorni, mentre nel Sud, Campania, Calabria e Sicilia, superano i 120 giorni per prestazioni equivalenti; la mobilità sanitaria in entrata per le regioni del Nord è di circa 1,2 milioni di prestazioni annue, mentre il Sud registra un deflusso verso altre regioni di circa 800.000 prestazioni;

le differenze regionali si riflettono anche sulla disponibilità di posti letto: Trentino-Alto Adige ed Emilia-Romagna hanno circa 3,8 posti letto per 1.000 abitanti, mentre Sicilia e Calabria scendono a 2,5 posti letto per 1.000 abitanti; analogamente, il numero di infermieri per 1.000 abitanti varia da 7,5 nel Nord a 4,2 nel Sud;

l'accesso alla prevenzione e alla diagnostica di base è fortemente disomogeneo: nel Nord-Est, circa il 65 per cento della popolazione sopra i 50 anni si sottopone a *screening* oncologici periodici, mentre nel Sud la percentuale scende al 38 per cento; questo *gap* contribuisce ad aumentare mortalità e costi sanitari nel medio-lungo periodo;

la differenziazione regionale dei fondi, spesso legata alla capacità fiscale locale, ha prodotto una sanità a «velocità differenziate», con conseguenze dirette sull'appropriatezza delle cure, sulle liste di attesa e sulla capacità di attrarre personale qualificato;

nel contesto del dibattito sull'attuazione dell'autonomia differenziata, numerosi osservatori indipendenti, tra cui la fondazione Gimbe, hanno evidenziato il rischio che un'ulteriore regionalizzazione

delle competenze in materia sanitaria possa ampliare le differenze già esistenti tra i sistemi sanitari regionali, incidendo sull'uniformità del diritto alla salute garantito dall'articolo 32 della Costituzione;

le preintese siglate tra il Governo e alcune regioni, tra cui Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria, hanno alimentato un ampio dibattito pubblico e istituzionale, con richieste di rivedere il quadro delle competenze per escludere materie particolarmente sensibili, come la sanità, al fine di preservare la coesione territoriale e garantire l'uniforme applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni;

in tale contesto è stata più volte evidenziata la necessità di rafforzare i sistemi di monitoraggio e di coordinamento nazionale, affinché il decentramento amministrativo non determini un aumento dei divari territoriali nell'accesso ai servizi sanitari;

la garanzia del diritto alla salute richiede un intervento organico e strutturale, basato su un adeguato finanziamento del Servizio sanitario nazionale, sulla programmazione pluriennale dei fabbisogni di personale sanitario e sul rafforzamento della *governance* pubblica, poiché i dati evidenziano che la riduzione della capacità produttiva, le liste di attesa estese e la crescente spesa sanitaria privata compromettono l'universalità e l'equità del sistema;

la salute rappresenta un investimento strategico ad alto moltiplicatore economico e sociale, capace di produrre benefici diretti sul prodotto interno lordo, stimati in circa 2,5 euro per ogni euro investito in prevenzione e assistenza primaria, dimostrando che interventi mirati nella medicina territoriale e nella prevenzione non solo migliorano la qualità della vita, ma riducono anche i costi complessivi del sistema e la spesa privata delle famiglie;

il rafforzamento della medicina territoriale, della prevenzione primaria e secondaria e l'adozione di protocolli clinici standardizzati sono fondamentali per ridurre ospedalizzazioni improprie, sovraccarico delle agende specialistiche, liste di

attesa e ricorso al privato, fenomeni che negli ultimi anni hanno prodotto attese medie superiori ai 100 giorni e, in casi estremi, fino a 720 giorni per alcune prestazioni;

la piena trasparenza dei dati sulle liste di attesa, con disaggregazione per regione, struttura e regime di erogazione, è essenziale per garantire la responsabilità delle regioni e la possibilità di indirizzo strategico nazionale, poiché l'attuale mancanza di dati consultabili impedisce una corretta valutazione dei ritardi e della loro distribuzione territoriale;

il superamento dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'incremento delle borse di specializzazione sono imprescindibili per garantire sostenibilità e qualità delle cure;

le politiche di riduzione della medicina difensiva e di aumento dell'appropriatezza prescrittiva sono necessarie per liberare risorse, diminuire sprechi e ridurre i tempi di attesa, riducendo così il ricorso al privato e gli effetti regressivi della spesa sanitaria sui redditi medio-bassi;

la riduzione dei divari Nord-Sud deve essere perseguita attraverso una redistribuzione strutturale dei fondi, programmi di rafforzamento del personale, investimenti mirati in infrastrutture e prevenzione, basati su dati oggettivi e monitoraggio continuo, al fine di garantire che la residenza non determini più l'accesso e la qualità delle cure, riducendo disuguaglianze e mobilità sanitaria interregionale,

impegna il Governo:

1) a completare senza ulteriori ritardi l'adozione dei decreti attuativi previsti dal decreto-legge n. 73 del 2024, definendo rapidamente i fabbisogni di personale sanitario, chiarendo i criteri di riparto dei fondi e predisponendo linee guida per ottimizzare le agende, riducendo i tempi di attesa e prevedendo sistemi di monitoraggio per valutarne l'efficacia;

2) a rendere la Piattaforma nazionale delle liste di attesa pienamente trasparente, pubblicando dati aggiornati per regione, struttura, disciplina medica e tipo di prestazione, con strumenti di visualizzazione chiari per cittadini e operatori, e implementando sistemi di allerta per i casi in cui i tempi superino i limiti previsti, favorendo un'analisi comparativa e l'individuazione di *best practice*;

3) ad adottare iniziative volte a predisporre un incremento progressivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, al fine di raggiungere nel più breve tempo possibile un livello di finanziamento non inferiore al 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale tendenziale dell'anno di riferimento, in linea con la media dei principali Paesi europei, definendo contestualmente un piano pluriennale di rafforzamento della spesa sanitaria, con priorità al personale sanitario, allo sviluppo della medicina territoriale e alle attività di prevenzione, assicurando l'equità territoriale nella distribuzione delle risorse;

4) ad assumere iniziative, anche normative, volte a superare i tetti di spesa sul personale sanitario e a definire una metodologia stabile e trasparente per determinare i fabbisogni di personale, eliminando i limiti alle assunzioni e predisponendo, in collaborazione con le organizzazioni sindacali, un piano pluriennale di assunzioni straordinarie volto a rafforzare gli organici del Servizio sanitario nazionale, che vada oltre le stabilizzazioni e il *turnover* superando l'attuale precarietà;

5) ad adottare iniziative volte a garantire il pieno rispetto della normativa vigente in materia di *intramoenia*, assicurando che l'attività libero-professionale dei medici all'interno delle strutture pubbliche sia trasparente, tracciabile e conforme ai limiti previsti dalla legge, senza che ciò pregiudichi l'erogazione delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale;

- 6) ad adottare iniziative, anche normative, al fine di garantire che le liste d'attesa siano gestite in modo trasparente e che, qualora una prestazione non possa essere erogata tempestivamente nel pubblico a causa della lunghezza delle liste di attesa, la parte dei costi della prestazione in *intramoenia* eccedente rispetto a quella a carico del Servizio sanitario nazionale sia sostenuta dal sistema pubblico e non dal cittadino, assicurando così un accesso equo, rapido e universale alle cure;
- 7) ad assumere iniziative volte a promuovere incentivi economici e professionali per i professionisti che operano nelle aree interne o svantaggiate, garantendo al contempo condizioni di lavoro dignitose, sicure e attrattive, capaci di valorizzare le competenze e ridurre l'abbandono della professione;
- 8) a rafforzare i programmi di formazione e garantire un numero sufficiente di borse di specializzazione, assicurando così continuità assistenziale, ricambio generazionale e qualità delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale;
- 9) ad assumere iniziative di competenza, anche normative, volte a garantire uniformità nazionale nell'accesso ai cup e nell'applicazione del diritto alle prestazioni nel privato accreditato, standardizzando i sistemi di prenotazione e controllando l'accesso alle strutture private, evitando discriminazioni economiche o territoriali, con meccanismi di monitoraggio e sanzioni in caso di violazioni;
- 10) ad assumere iniziative normative volte a vietare qualsiasi forma di chiusura delle liste di attesa, garantendo che le prestazioni sanitarie siano erogate tempestivamente e in modo continuo, con particolare attenzione alle aree interne e svantaggiate, e configurando la chiusura ingiustificata delle liste come grave inadempimento disciplinare e gestionale;
- 11) ad adottare iniziative di competenza sulla medicina difensiva e sull'appro-
priatezza prescrittiva, promuovendo protocolli clinici basati sull'evidenza scientifica, incentivando la formazione continua dei medici, monitorando le prescrizioni per ridurre sprechi e sperimentando modelli organizzativi innovativi;
- 12) ad adottare iniziative di competenza volte a rafforzare la medicina territoriale e la prevenzione, completando l'attivazione di poli territoriali e case della comunità, aumentando l'accesso a *screening* e programmi di prevenzione, implementando sistemi digitali per coordinare ospedale e territorio, l'integrazione sociosanitaria e garantendo continuità assistenziale per i pazienti con patologie croniche o multimorbidità;
- 13) ad assumere iniziative, anche normative, volte a promuovere misure di equità sociale per ridurre l'impatto della spesa sanitaria sui redditi più bassi, prevedendo esenzioni o rimborsi per famiglie a basso reddito, riducendo il ricorso al pagamento diretto e intervenendo nelle aree più svantaggiate per garantire pari accesso alle cure;
- 14) ad assumere iniziative normative al fine di istituire una relazione semestrale al Parlamento sullo stato delle liste di attesa e sull'andamento della spesa sanitaria, fornendo *report* dettagliati per regione e struttura, analizzando l'effetto delle politiche adottate sui tempi di attesa, sull'accesso alle cure e sulla spesa privata e suggerendo eventuali correttivi basati sui dati raccolti;
- 15) a potenziare l'innovazione digitale e la telemedicina, integrando strumenti di teleassistenza, cartelle cliniche elettroniche e piattaforme di monitoraggio remoto, per migliorare l'accesso alle cure nelle aree più periferiche e ridurre il carico sugli ospedali;
- 16) ad assumere iniziative di competenza volte ad incrementare la formazione e la valorizzazione del personale sani-

tario, prevedendo percorsi di aggiornamento, incentivi economici e percorsi di carriera che rendano le professioni sanitarie attrattive e al tempo stesso l'Italia competitiva rispetto agli *standard* europei;

- 17) a monitorare e ridurre le disuguaglianze territoriali, con iniziative mirate per regioni in ritardo in termini di posti letto, personale, prevenzione e tempi di attesa, riducendo la mobilità sanitaria interregionale e garantendo pari accesso alle cure;
- 18) ad adottare, entro tempi certi, un nuovo Piano sanitario nazionale aggiornato alle trasformazioni demografiche, epidemiologiche e tecnologiche del Paese, definendo obiettivi strategici misurabili, priorità di intervento e strumenti di coordinamento tra Stato e regioni, al fine di garantire una programmazione sanitaria unitaria e ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure;
- 19) a rendere pienamente operativo l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e sulle liste d'attesa istituito dal decreto-legge n. 73 del 2024, procedendo alla nomina della direzione, alla definizione della struttura organizzativa e all'effettivo utilizzo dei poteri di monitoraggio e dei poteri sostitutivi previsti dalla normativa nei confronti delle regioni inadempienti, anche attraverso l'utilizzo dei dati della Piattaforma nazionale delle liste di attesa;
- 20) ad adottare iniziative di competenza, anche normative, volte a garantire che l'attuazione dell'autonomia differenziata, con esclusione espressa della sanità, non comporti un aumento delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, assicurando il pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e l'uniforme applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale, attraverso

il rafforzamento dei meccanismi di monitoraggio, coordinamento e verifica da parte dello Stato.

(1-00555) « Malavasi, Braga, Furfaro, Casu, Girelli, Ciani, Filippin, Stumpo ».

* * *

ATTI DI CONTROLLO

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Interrogazioni a risposta scritta:

MARI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro per la pubblica amministrazione.* — Per sapere — premesso che:

la disciplina relativa al pagamento del trattamento di fine servizio (Tfs) e del trattamento di fine rapporto (Tfr) dei dipendenti pubblici prevede tuttora meccanismi di differimento e rateizzazione che determinano un significativo ritardo nell'erogazione di somme maturate dai lavoratori nel corso della loro carriera;

tali somme costituiscono una componente della retribuzione differita spettante al lavoratore al termine del rapporto di lavoro e sono quindi strettamente connesse alla garanzia costituzionale della giusta retribuzione prevista dall'articolo 36 della Costituzione;

la Corte costituzionale è intervenuta più volte sulla materia, segnalando le criticità della normativa vigente e richiamando il legislatore alla necessità di superare l'attuale sistema di pagamento differito;

in particolare, con la sentenza n. 159 del 2019 la Corte ha evidenziato l'urgenza di una revisione della disciplina, sottolineando come la funzione retributiva e previdenziale delle indennità di fine rapporto rischi di essere compromessa quando la loro corresponsione avviene con tempi eccessivamente dilatati;

successivamente, con la sentenza n. 130 del 2023, la Corte ha ribadito che la garanzia costituzionale della giusta retribuzione non riguarda soltanto la congruità dell'importo, ma anche la tempestività della sua corresponsione, evidenziando come le dilazioni previste dalla normativa possano risultare incompatibili con i principi costituzionali;

nonostante tali pronunce, gli interventi legislativi adottati finora risultano limitati e parziali;

da un lato, il decreto-legge n. 25 del 2025 convertito con modificazioni dalla legge n. 59 del 2025 ha ampliato la platea dei lavoratori che, in condizioni di fragilità, possono ottenere il pagamento del Tfs entro tre mesi dalla cessazione del servizio; dall'altro, la legge n. 199 del 2025 ha previsto, a partire dal 1° gennaio 2027, la riduzione da dodici a nove mesi del termine per la liquidazione del trattamento nei casi di pensionamento per raggiungimento dei limiti di età o di servizio;

tuttavia, la stessa Corte costituzionale ha evidenziato come tali interventi abbiano una portata circoscritta e non possano essere considerati un reale avvio del processo di superamento dei meccanismi di differimento e rateizzazione;

con l'ordinanza n. 25 del 2026, la Corte ha infatti ribadito la persistente incompatibilità della disciplina vigente con i principi sanciti dall'articolo 36 della Costituzione, pur ritenendo di non poter procedere immediatamente alla dichiarazione di illegittimità costituzionale delle norme in vigore, anche in considerazione del rilevante impatto che una simile decisione avrebbe sui conti pubblici;

la Corte ha quindi disposto il rinvio della trattazione delle questioni di legittimità costituzionale all'udienza del 14 gennaio 2027, al fine di consentire al legislatore di intervenire con una riforma che elimini progressivamente i meccanismi dilatori e ristabilisca una tempistica fisiologica per il pagamento delle indennità di fine servizio;

nel frattempo, la normativa vigente continua a determinare una situazione di

forte penalizzazione per centinaia di migliaia di lavoratrici e lavoratori pubblici, costretti ad attendere anche diversi anni per ricevere somme che spettano loro di diritto;

tale sistema si traduce di fatto nella trattenuta prolungata di risorse appartenenti ai lavoratori da parte dello Stato, configurando una forma di prestito forzoso alla finanza pubblica;

i ritardi nell'erogazione del Tfs e del Tfr, uniti all'assenza di adeguati meccanismi di rivalutazione delle somme dovute, hanno determinato negli ultimi anni una significativa perdita di valore reale delle indennità spettanti, aggravata dall'aumento dell'inflazione;

la Corte costituzionale ha ribadito l'improcrastinabilità di un intervento legislativo volto a ricondurre la disciplina del pagamento del Tfs e del Tfr entro parametri pienamente compatibili con i principi costituzionali —:

quali urgenti e improcrastinabili iniziative di carattere normativo intendano adottare per dare seguito alle indicazioni della Corte costituzionale e procedere a una riforma organica della disciplina relativa al pagamento del Tfs e del Tfr dei dipendenti pubblici, individuando, altresì, un orizzonte temporale certo entro il quale garantire il pagamento tempestivo delle indennità spettanti ai lavoratori pubblici.

(4-07258)

CASU e PROVENZANO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro per la pubblica amministrazione, al Ministro delle imprese e del made in Italy, al Ministro della difesa, al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.* — Per sapere — premesso che:

secondo quanto riportato da *La Stampa*, l'imprenditore statunitense Peter Thiel sarebbe atteso a Roma tra il 15 e il 18 marzo 2026 per una serie di incontri riservati;

Peter Thiel è un imprenditore e investitore tra i più influenti nel settore tecno-

logico globale, tra i promotori della società *Palantir Technologies*, azienda specializzata nello sviluppo di piattaforme avanzate per l'integrazione e l'analisi di grandi quantità di dati;

come evidenziato in un recente approfondimento giornalistico del *Corriere della Sera* – *Dataroom*, tali tecnologie consentono di integrare dati provenienti da molteplici fonti, tra cui dati amministrativi, fiscali, sanitari, di localizzazione e di traffico telefonico, e sono utilizzate da governi, agenzie di sicurezza e grandi imprese in diversi Paesi;

secondo fonti pubbliche, piattaforme sviluppate da *Palantir* sono utilizzate da agenzie federali statunitensi, tra cui il Pentagono, la Cia, l'Fbi e la Nsa nonché da strutture militari e di *intelligence* di Paesi alleati, per attività di analisi strategica, sicurezza e operazioni militari;

l'attuale scenario internazionale è caratterizzato da una crescente competizione geopolitica e tecnologica tra grandi potenze, con particolare riferimento ai settori dell'intelligenza artificiale, dei dati, delle infrastrutture digitali e delle tecnologie *dual use*;

in questo contesto, la gestione e l'elaborazione di grandi quantità di dati rappresentano un ambito strategico che incide direttamente sulla sicurezza nazionale, sulla protezione dei dati personali dei cittadini e sull'autonomia tecnologica degli Stati;

diversi Paesi europei hanno avviato un dibattito pubblico e istituzionale sull'utilizzo di piattaforme di analisi dei dati e di intelligenza artificiale sviluppate da grandi aziende private extraeuropee, soprattutto quando tali strumenti possono essere utilizzati in ambiti sensibili quali difesa, sicurezza, sanità, trasporti, infrastrutture critiche e pubblica amministrazione;

la possibile presenza in Italia di uno dei principali promotori e investitori globali di tali tecnologie, in concomitanza con incontri riservati, rende opportuno garantire la massima trasparenza circa eventuali

interlocuzioni istituzionali e rapporti economici con soggetti pubblici italiani —:

se il Governo sia a conoscenza della presenza a Roma di Peter Thiel nelle date indicate e se siano previsti incontri ufficiali o istituzionali con la Presidente del Consiglio o con membri del Governo;

se amministrazioni pubbliche italiane, società partecipate dallo Stato o enti pubblici abbiano in essere rapporti contrattuali, collaborazioni, sperimentazioni o progetti con società riconducibili a Peter Thiel, tra cui in particolare *Palantir Technologies*;

se tali eventuali rapporti riguardino settori strategici quali difesa, sicurezza nazionale, gestione dei dati pubblici, infrastrutture digitali, sanità, mobilità o applicazioni di intelligenza artificiale;

se il Governo intenda rendere pubbliche le informazioni relative a eventuali collaborazioni o interlocuzioni istituzionali con società operanti nel campo dell'analisi avanzata dei dati e dell'intelligenza artificiale, al fine di garantire la piena trasparenza, la tutela dei dati dei cittadini e la salvaguardia della sovranità tecnologica nazionale ed europea. (4-07262)

GRIBAUDO, BRAGA, BERRUTO, CASU, CIANI, DE LUCA, FERRARI, FORATTINI, FORNARO, FURFARO, GHIO, GUERRA, IACONO, MALAVASI, MANZI, MARINO, MORASSUT, ORFINI, PANDOLFO, PELUFFO, PORTA, QUARTAPELLE PROCOPPIO, TONI RICCIARDI, ROGGIANI, SARRACINO, SCOTTO, SERRACCHIANI, SIMIANI e VIGGIANO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, al Ministro della cultura, al Ministro delle imprese e del made in Italy.* — Per sapere — premesso che:

la redazione del quotidiano *La Stampa*, storica testata fondata nel 1867 e tra i principali giornali nazionali italiani, ha proclamato lo stato di agitazione con scioperi ed assemblee permanenti per denunciare la mancanza di trasparenza sul processo di cessione della testata e chiedere certezze sui livelli occupazionali, sulle garanzie contrattuali e sulla proprietà futura;

il gruppo Exor ha progressivamente messo in vendita i suoi *asset* editoriali attraverso la cessione totale di Gedi Gruppo Editoriale, che edita *La Stampa*, *La Repubblica* e altri media nazionali e locali; la conferma delle trattative ha causato tensioni sindacali, agitazioni nei Cdr e proteste dei giornalisti per la perdita di certezze sul futuro delle testate e dei posti di lavoro;

nonostante offerte alternative siano state respinte dai vertici di Gedi, continuano indiscrezioni e trattative distinte tra la possibile compravendita della storica testata torinese e la trattativa principale con il gruppo straniero *Antenna Group*, che opera dentro una galassia societaria ramificata tra Lussemburgo e Paesi Bassi e con intrecci finanziari che arrivano fino al fondo sovrano saudita, che non sembra poter garantire serenità a una testata che dovrebbe essere un presidio democratico;

la firma di un contratto preliminare tra Gedi ed il Gruppo Sae per la cessione de *la Stampa* resta avvolta da incertezza sia per le redazioni sia per il pubblico, e non sono stati resi noti pubblicamente né piani industriali concreti né garanzie occupazionali, né tantomeno la compagine sociale che assieme a Sae si candida a rilevare la testata e l'impegno finanziario che si intende mettere in campo per garantirne il consolidamento e lo sviluppo;

il Governo italiano, pur avendo convocato incontri tra i rappresentanti sindacali e i vertici societari, non ha ancora fornito un'informazione chiara in Parlamento né espresso una posizione netta sulla tutela del pluralismo informativo e della continuità occupazionale;

l'eventuale vendita di testate storiche come *La Stampa* non può essere trattata come una semplice operazione commerciale, ma comporta riflessi sulla libertà di stampa, sul pluralismo e sull'assetto del sistema dell'informazione nazionale;

lo stesso Presidente della Repubblica Sergio Mattarella ha recentemente ricordato che i giornali rappresentano « un pilastro della democrazia », sottolineando il valore pubblico dell'informazione. Il ruolo

di un quotidiano radicato da decenni nel tessuto culturale del Paese ha implicazioni costituzionali e democratiche, e richiede l'intervento politico e istituzionale per garantire trasparenza, stabilità e autonomia editoriale —:

se il Governo non ritenga grave e inaccettabile la persistente mancanza di trasparenza e di interlocuzione istituzionale nella gestione della cessione di *La Stampa* e degli altri *asset* editoriali di Gedi e se non ritenga necessario adottare iniziative, anche di carattere normativo, al fine della protezione del pluralismo dell'informazione, incluse eventuali verifiche sotto il profilo della normativa sulla *golden power* o di altri strumenti di tutela pubblica;

quali iniziative di competenza concrete e urgenti intenda adottare per assicurare che siano garantite, fin dal momento della vendita, le tutele occupazionali, contrattuali e di autonomia professionale per le lavoratrici e i lavoratori della testata;

per quali ragioni il Governo non abbia ancora fornito ogni utile elemento al Parlamento circa il processo di cessione della testata di cui in premessa. (4-07265)

* * *

AGRICOLTURA, SOVRANITÀ ALIMENTARE E FORESTE

Interrogazione a risposta orale:

GADDA. — *Al Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica.* — Per sapere — premesso che:

il divieto di utilizzo dell'urea nel bacino padano, a partire dal 1° gennaio 2028, stabilito dal Piano di azione nazionale per il miglioramento della qualità dell'aria potrebbe determinare, secondo le associazioni di categoria, una contrazione produttiva dei seminativi del 45 per cento, per un controvalore di circa un miliardo e duecento milioni di euro;

le regioni Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, che rappresentano oltre il 40 per cento della produzione agricola nazionale, con punte elevate per mais, frumento tenero e riso, risentirebbero del progressivo impoverimento del suolo dovuto alla mancanza di reintegrazione dell'azoto;

l'urea risulta essere un elemento essenziale per la fertilità dei terreni e per la resa e la qualità delle colture, con un contributo minimo alla emissione di azoto;

le associazioni agricole hanno evidenziato la necessità di una strategia di sostituzione ed adattamento del sistema agricolo alle nuove disposizioni;

la ricerca e le industrie hanno sviluppato soluzioni innovative, efficienti e con ridotto impatto ambientale, con l'obiettivo di promuovere l'impiego di fertilizzanti alternativi di origine organica o di sintesi;

in particolare è stato sviluppato un biopolimero, per il rivestimento dei fertilizzanti, di origine naturale, conforme al regolamento (EU) 2019/1009 totalmente biodegradabile, ottenuto prevalentemente da materie prime derivanti da economia circolare;

il rivestimento di detto polimero naturale totalmente biodegradabile protegge l'urea dall'umidità evitando la perdita per evaporazione di ammoniaca durante lo spargimento rappresentando una barriera fisica all'evaporazione;

i vantaggi per l'ambiente risultano essere: la riduzione del dosaggio di urea del 20 per cento; la barriera fisica all'evaporazione dell'ammoniaca; la totale biodegradabilità del polimero naturale; mentre per gli agricoltori comporta una sola applicazione, la non necessità dell'interramento, un dosaggio inferiore del 20 per cento ed un aumento delle produzioni —;

se si intendano adottare iniziative di competenza volte a salvaguardare le colture cerealicole italiane a fronte del divieto di utilizzo dell'urea previsto per il 1° gennaio 2028;

se non si ritenga opportuno valutare positivamente l'utilizzo di polimeri naturali biodegradabili di rivestimento per l'utilizzo dell'urea in agricoltura. (3-02545)

* * *

AMBIENTE E SICUREZZA ENERGETICA

Interrogazione a risposta scritta:

MORFINO, AIELLO, D'ORSO, ILARIA FONTANA e L'ABBATE. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica, al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.* — Per sapere — premesso che:

nell'ambito del pacchetto infrazioni di dicembre 2025, la Commissione europea ha avviato nei confronti dell'Italia la procedura d'infrazione INFR(2025)2187, mediante lettera di costituzione in mora, per il mancato rispetto degli obblighi della direttiva 2008/50/CE in relazione all'inquinamento da NO₂ negli agglomerati di Napoli e Palermo; la Commissione evidenzia che i valori limite di NO₂ risultano superati da diversi anni e che i piani per la qualità dell'aria adottati non sono adeguati a conseguire la conformità « in un breve lasso di tempo », assegnando allo Stato membro due mesi per rispondere e rimediare alle carenze segnalate;

la direttiva 2008/50/CE, in particolare l'articolo 23, impone l'adozione di piani per la qualità dell'aria contenenti misure idonee a ridurre il periodo di superamento « il più breve possibile »;

il quadro normativo europeo è stato aggiornato con la direttiva (UE) 2024/2881, che prevede il termine di recepimento all'11 dicembre 2026 ed è destinata ad applicarsi dal 12 dicembre 2026, prevedendo un rafforzamento dell'impianto complessivo di tutela e pianificazione della qualità dell'aria;

le valutazioni sulla qualità dell'aria nelle aree urbane, e in particolare nell'area urbana di Palermo, evidenziano criticità persistenti associate soprattutto alle emissioni del traffico stradale, con implicazioni rilevanti per la tutela della salute pubblica;

l'apertura della procedura d'infrazione rende urgente un chiarimento puntuale su ambito territoriale, periodo di riferimento, fonti di misurazione/valutazione, nonché sullo stato e sull'adeguatezza dei piani e delle misure in essere (strutturali, temporali e di *enforcement*) per la riduzione degli ossidi di azoto, in particolare in relazione al traffico urbano —:

a quale zona/agglomerato, ai sensi della normativa europea sulla qualità dell'aria, il Governo ritenga si riferisca la procedura INFR(2025)2187 relativamente a Palermo e quali anni e quali stazioni/misure o metodi di valutazione (monitoraggio, modellistica, tecniche di stima) abbiano costituito la base tecnica richiamata dalla Commissione europea;

se il Governo abbia già trasmesso o intenda trasmettere alla Commissione europea i piani applicabili a Palermo (e relativi aggiornamenti) e, in caso affermativo, quali criticità o carenze tecniche siano state contestate o anticipate rispetto alle emissioni da traffico, con particolare riferimento a: misure strutturali (ad esempio Ztl/Lez, rinnovo flotte, trasporto pubblico, logistica urbana, gestione domanda di mobilità); cronoprogramma e *milestone* verificabili; indicatori di risultato e di impatto sanitario; strumenti di controllo, sanzioni ed *enforcement*;

quali azioni correttive il Governo intenda adottare, d'intesa con regione e comune competenti, per garantire che i piani per la qualità dell'aria assicurino la riduzione del periodo di superamento « il più breve possibile », in coerenza con la direttiva 2008/50/CE, e quali risorse (finanziarie, tecniche e amministrative) siano già disponibili o da attivare;

quali evidenze tecniche e documentali il Governo intenda produrre (o ritenga necessarie) per dimostrare alla Commissione europea un percorso credibile verso la conformità (*baseline* emissiva, scenari, stima riduzioni, misure attuative e verifiche) e quali siano i prossimi passaggi procedurali attesi nel dossier, incluse tempistiche e responsabilità di coordinamento interministeriale;

quali iniziative di carattere normativo siano state avviate per preparare il recepimento della direttiva (UE) 2024/2881 entro l'11 dicembre 2026 e per assicurare che gli strumenti di pianificazione e monitoraggio nazionali e locali risultino coerenti con il nuovo quadro applicabile dal 12 dicembre 2026. (4-07256)

* * *

CULTURA

Interrogazione a risposta scritta:

AMATO e CAPPELLETTI. — *Al Ministro della cultura.* — Per sapere — premesso che:

il teatro « la Fenice » di Venezia, uno dei teatri più storici e prestigiosi del mondo dell'opera, sia per la straordinaria professionalità delle sue maestranze nonché per l'eccelsa qualità dei suoi professori d'orchestra, sta attraversando un momento non facile, a seguito delle decisioni del sovrintendente Nicola Colabianchi, nominato su proposta del consiglio di indirizzo presieduto dal sindaco di Venezia Luigi Brugnaro e formalizzata in data 6 marzo 2025 dal Ministero della cultura;

sovrintendente Colabianchi, in data 22 settembre 2025, ha nominato direttrice musicale Beatrice Venezi, con impegno a partire da ottobre 2026 a marzo 2030;

questa nomina è stata contestata dall'orchestra e dai sindacati per metodo usato e per merito, volendo tralasciare le motivazioni politiche, poiché *in primis* è mancata l'abituale consuetudine della consultazione con l'orchestra, nonché un *curriculum* valutato insufficiente per un teatro di prestigio internazionale che ha visto succedersi nello stesso ruolo direttori d'orchestra tra i più importanti al mondo, da Serafin a Gavazzeni, da Inbal a Viotti, Myung-whun Chung, Matheuz, i quali hanno lasciato un segno nella storia dell'opera italiana;

le maggiori critiche sono arrivate sia dall'ex sovrintendente Chiarot che da al-

cuni musicisti e direttori famosi, come Uto Ughi e Fabio Luisi, oltre che da tutti i professori d'orchestra del teatro. La contestazione delle maestranze tutte, inclusi i direttori d'orchestra, è consistita in lettere di protesta, manifestazioni che hanno visto la partecipazione anche di abbonati e pubblico pagante, e minacce di sciopero;

tutto quanto premesso, ha creato un clima di difficile gestione e di azioni da ritenersi ritorsive da parte del consiglio di indirizzo, presieduto da Brugnaro, e dal sovrintendente Colabianchi, l'ultima delle quali verificatasi con il blocco e la non elargizione del *welfare*, che sarebbe dovuta avvenire con acconto a novembre 2025, così come di consuetudine dai patti siglati nel 2018. La giustificazione adotta a tale azione è stata che il bilancio era ancora incerto, cosa non corrispondente alla realtà, stando a quanto dichiarato dal direttore amministrativo, dottor Erri Andrea, in una riunione con i delegati RSU e le segreterie sindacali, alla presenza del direttore del personale —:

tale elargizione sarebbe poi avvenuta nel mese di marzo 2026;

tenuto conto di quanto premesso e considerato, e viste le recenti dimissioni del dottor Domenico Muti dall'incarico di consulente della Fondazione Teatro La Fenice, motivate da un « clima » che non consentirebbe di operare con serenità, quale iniziative di competenza il Ministro interrogato intenda assumere, per evitare che un bene culturale tanto prezioso continui a operare nel clima di assoluta conflittualità verificatosi a seguito della nomina della direttrice Venezi, anche nell'ottica di una nuova valutazione in ordine alla designazione della stessa. (4-07264)

* * *

ECONOMIA E FINANZE

Interrogazione a risposta in Commissione:

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

il riordino del gioco pubblico su rete fisica rappresenta la seconda fase della riforma del settore. La prima, riguardante il gioco *online*, è stata attuata con il decreto legislativo n. 41 del 2024;

il quadro delle misure che il decreto legislativo dovrà prevedere è delineato dall'articolo 15 della legge delega (legge n. 111 del 2023) e dalle recenti proroghe che hanno fissato il termine ultimo per l'esercizio della delega al 29 agosto 2026;

secondo alcune anticipazioni giornalistiche il riordino del gioco fisico è entrato in una fase cruciale e a rendere il passaggio particolarmente delicato è l'intreccio tra regole sul territorio, ripartizione del gettito fiscale e scelte sulle future concessioni, temi destinati a incidere in modo strutturale sull'assetto del comparto;

sempre secondo alcuni organi di stampa il Governo punta a chiudere entro marzo 2026 il confronto in Conferenza unificata, passaggio indispensabile per procedere con il decreto legislativo di riordino del gioco *retail* e avviarne l'iter parlamentare;

il nodo principale resta il ruolo delle regioni e degli enti locali, chiamati a esprimersi su due aspetti strettamente collegati: le distanze di sale giochi e scommesse dai luoghi sensibili e la destinazione delle entrate fiscali generate dal gioco fisico. Proprio su questi punti si gioca l'equilibrio politico della riforma, dopo anni di interventi frammentati a livello nazionale e locale;

tra le ipotesi al vaglio al momento ci sarebbe anche quella di fissare al 34 per cento la soglia massima dei diritti che un gruppo (di concessionari) potrà detenere all'interno del nuovo sistema. Il riferimento

è ai nulla osta di esercizio delle *slot*, cioè i titoli amministrativi che autorizzano la messa in funzione degli apparecchi nella rete fisica. L'attenzione resta concentrata proprio sul tema dei nulla osta *slot* e sulla soglia percentuale dei diritti, destinata a diventare uno dei passaggi decisivi nella definizione della futura struttura industriale della rete;

la distribuzione dei nulla osta rappresenta infatti il vero indicatore della quota di mercato dei concessionari nella filiera delle Awp e Vlt. Stabilire un limite percentuale significa definire quanto potere industriale potrà concentrare ciascun operatore nella rete nazionale. Le conseguenze di queste scelte saranno determinanti per l'assetto di un modello di mercato che coinvolge oggi centinaia di piccole e medie imprese, a partire dalle concessionarie di rete —:

quali siano i criteri quantitativi con i quali si procederà ad individuare con il nuovo bando i nuovi concessionari del gioco fisico;

il numero dei nulla osta di messa in esercizio di proprietà di ogni concessionario e a quanto ammonti, per ogni concessionario, il numero di apparecchi Awp e la loro ripartizione tra gestione indiretta e quella diretta. (5-05139)

* * *

GIUSTIZIA

Interrogazioni a risposta scritta:

GHIRRA. — *Al Ministro della giustizia.* — Per sapere — premesso che:

recenti dati diffusi dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale e dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria evidenziano una situazione di crescente criticità all'interno del sistema carcerario italiano, caratterizzata da un forte sovraffollamento e da condizioni di vita detentiva sempre più difficili;

secondo tali dati, negli istituti penitenziari italiani risultano presenti oltre 63.000 detenuti a fronte di circa 46.000 posti effettivamente disponibili, con un'eccedenza di circa 17.700 persone detenute rispetto alla capienza regolamentare, situazione che determina un livello di sovraffollamento particolarmente elevato in numerosi istituti;

le condizioni di sovraffollamento risultano particolarmente gravi in alcune strutture, tra cui gli istituti di Brescia, San Vittore a Milano, Lucca e Foggia, dove i livelli di affollamento superano ampiamente la capienza prevista;

il sistema penitenziario continua inoltre a registrare un numero significativo di decessi tra la popolazione detenuta: secondo i dati riportati, nel 2025 si sono registrati 254 decessi, di cui una parte significativa riconducibile a suicidi o cause naturali, a conferma di una situazione di forte disagio nelle strutture detentive;

la carenza di personale della polizia penitenziaria e di operatori del sistema trattamentale, insieme alla limitata disponibilità di spazi adeguati per attività educative, lavorative e di reinserimento, contribuisce ad aggravare ulteriormente le tensioni interne agli istituti;

secondo quanto riportato da numerosi episodi citati nelle cronache recenti, si sarebbero verificati casi di aggressioni al personale penitenziario, atti di autolesionismo e situazioni di protesta da parte dei detenuti, segnali di un crescente stato di sofferenza e di difficoltà gestionale all'interno delle strutture carcerarie;

tali criticità non riguardano soltanto la tutela dei diritti fondamentali delle persone detenute, ma anche le condizioni di lavoro e la sicurezza degli operatori della polizia penitenziaria e del personale che quotidianamente opera negli istituti;

la situazione descritta appare dunque configurare una condizione strutturale di emergenza del sistema penitenziario, più volte segnalata negli anni da organismi istituzionali, magistratura di sorveglianza e

organizzazioni impegnate nella tutela dei diritti umani —:

se il Governo sia pienamente a conoscenza dell'attuale livello di sovraffollamento negli istituti penitenziari italiani e della presenza di circa 17.700 detenuti in più rispetto alla capienza regolamentare;

quali iniziative urgenti il Ministro interrogato intenda adottare per affrontare la situazione di sovraffollamento e migliorare le condizioni di vita negli istituti penitenziari;

quali misure siano previste per rafforzare gli organici della polizia penitenziaria e degli operatori del sistema penitenziario, al fine di garantire condizioni di lavoro adeguate e maggiore sicurezza all'interno delle strutture;

se il Governo ritenga necessario adottare iniziative straordinarie, anche di natura normativa, volte a ridurre la pressione sul sistema carcerario e a favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione nei casi previsti dalla legge;

quali iniziative siano in corso o previste per rafforzare le politiche di prevenzione dei suicidi e del disagio psicologico nelle carceri, nonché per garantire servizi sanitari e di assistenza adeguati alla popolazione detenuta;

se non ritenga infine opportuno fornire ogni utile elemento al Parlamento sullo stato complessivo del sistema penitenziario e sulle azioni che il Governo intende intraprendere per affrontare una situazione che incide direttamente sul rispetto dei diritti fondamentali, sulla sicurezza degli istituti e sulla credibilità dello Stato di diritto.

(4-07259)

VARCHI. — *Al Ministro della giustizia.* — Per sapere — premesso che:

la separazione delle carriere non è affatto sovvertimento degli equilibri costituzionali con conseguente rischio della soggezione della magistratura al potere esecutivo e alla politica; è, al contrario, attuazione della Costituzione;

nonostante ciò, quello che doveva essere un confronto dialettico sui contenuti di una legge costituzionale approvata dal Parlamento si sta riducendo a una propaganda contro il Governo, con slogan e toni, a parere dell'interrogante, spesso inaccettabili;

a conferma di ciò, da ultimo, Giuseppe Cascini, attuale procuratore aggiunto di Roma, nel corso di un acceso confronto con il sostituto procuratore Annalisa Imparato, schierata a favore del « sì », incalzato su quali fossero le contromisure adottate dalla magistratura organizzata per impedire il ripetersi delle dinamiche dello scandalo Palamara, con riguardo alle responsabilità delle correnti nel sistema di gestione delle nomine e delle carriere, il procuratore è apparso in difficoltà;

particolarmente gravi, le parole di Cascini che, di fronte alla richiesta della collega del perché « Se le condotte del gruppo facente capo a Luca Palamara erano così gravi, come sostenuto da molti magistrati, per quale ragione tali comportamenti non siano stati denunciati all'autorità giudiziaria », ha risposto: « Non tutto ciò che è sbagliato costituisce reato »;

e infine, in merito al funzionamento del sistema disciplinare, Cascini ha sostenuto che, nonostante il Csm e alcuni magistrati avessero sollecitato interventi disciplinari nei confronti dei soggetti coinvolti nel caso Palamara, l'azione disciplinare non avrebbe avuto corso perché l'allora Ministro della giustizia, Alfonso Bonafede, non avrebbe ritenuto di promuoverla —:

a fronte del caso Palamara e delle affermazioni di Cascini di cui in premessa, se risulti agli atti del Ministero che vi siano state sollecitazioni per l'esercizio dell'azione disciplinare e se risulti agli atti, per quanto di competenza, che tale azione sia stata esercitata, o diversamente, quali siano le motivazioni per le quali non sia stata esercitata.

(4-07266)

* * *

IMPRESE E MADE IN ITALY

Interrogazioni a risposta immediata in Commissione:

X Commissione:

APPENDINO, PAVANELLI, CAPPELLETTI e FERRARA. — *Al Ministro delle imprese e del made in Italy.* — Per sapere — premesso che:

in un contesto internazionale ulteriormente deteriorato dalle recenti tensioni che hanno coinvolto l'Iran e dalla chiusura dello Stretto di Hormuz — principale snodo del traffico energetico mondiale —, la repentina crescita dei prezzi al consumo di benzina e diesel ha già prodotto effetti sui listini alla pompa e alimenta il rischio di ulteriori rialzi nei prossimi mesi;

solo nella seconda settimana di conflitto nel Golfo Persico, il prezzo del petrolio ha raggiunto la soglia dei 100 dollari al barile;

i citati rincari risultano particolarmente gravosi per consumatori e imprese, in particolare nei comparti della logistica e dell'artigianato. Si aggiunga che tali dinamiche, legate a fattori geopolitici e alla volatilità dei mercati energetici globali, incidono altresì sulla filiera della distribuzione dei carburanti e rischiano di aggravare le criticità strutturali del settore, già segnalate dalle sigle di categoria Faib Confesercenti, Fegica Cisl e Figisc, soprattutto in termini di difficoltà nel mantenere margini sostenibili;

come noto, accise e Iva incidono in misura rilevante sul prezzo finale alla pompa dei carburanti, arrivando complessivamente a rappresentare una quota prossima al 60 per cento dell'importo corrisposto dal consumatore. Il Garante per la sorveglianza dei prezzi (cosiddetto « Mister Prezzi ») non dispone di poteri diretti di regolazione dei prezzi, ma svolge funzioni di monitoraggio e vigilanza sull'andamento dei medesimi, con facoltà di segnalare eventuali anomalie alle amministrazioni competenti;

inoltre la mancata riforma organica del settore della distribuzione dei carburanti, attesa da tre anni, alimenta distorsioni concorrenziali nel mercato, con possibili effetti negativi sia per i gestori che operano nel rispetto delle regole sia per i consumatori, in termini di qualità dei prodotti, trasparenza dei prezzi e rispetto delle norme di sicurezza —:

quali urgenti iniziative di competenza intenda adottare per contrastare, anche attraverso un sostegno economico volto a compensare i maggiori costi sostenuti, gli effetti negativi del caro-carburanti per imprese e consumatori, valutando altresì, per quanto di competenza, l'opportunità di attivare il meccanismo della cosiddetta accisa mobile — previa individuazione di un diverso parametro di valutazione dell'aumento del prezzo dei carburanti maggiormente rappresentativo delle oscillazioni dei prezzi applicati al distributore — e di coprire i relativi oneri anche mediante un contributo straordinario di solidarietà, di natura temporanea, a carico delle imprese energetiche che abbiano conseguito utili eccezionalmente elevati rispetto alla media storica. (5-05135)

GHIRRA. — *Al Ministro delle imprese e del made in Italy.* — Per sapere — premesso che:

in occasione dell'incontro tenutosi il 28 gennaio 2026 presso il Ministero delle imprese e del *made in Italy* (Mimit), dedicato alla vertenza relativa alla procedura di vendita del sito produttivo Bekaert di Macchiareddu — stabilimento specializzato nella produzione di *steel cord*, ossia cordicelle ottenute dall'intreccio di fili di acciaio ottonato utilizzate come componente essenziale nella fabbricazione degli pneumatici — la società di proprietà belga ha di fatto affermato la propria intenzione di procedere allo smantellamento della produzione nello stabilimento situato in Sardegna;

l'azienda ha manifestato una posizione di sostanziale chiusura, ritenendo insufficienti a garantire la continuità produttiva le misure di sostegno messe a di-

sposizione dal Governo e dalla Regione Sardegna — tra cui contributi economici per nuovi investimenti, interventi finalizzati all'abbattimento dei costi energetici e agevolazioni volte a ridurre i costi di trasporto e a favorire processi di alleggerimento della pianta organica — mentre, al contempo, sta proseguendo nel consolidamento e nel rafforzamento dei propri volumi produttivi in altri Paesi, in particolare in Cina e Thailandia;

appare inaccettabile, a parere dell'interrogante, che l'azienda intenda procedere alla vendita dello stabilimento senza garantire la continuità produttiva fino all'eventuale subentro di un nuovo acquirente e che, secondo quanto riportato da plurime fonti di stampa, stia addirittura ponendo condizioni tali da ostacolare l'ingresso di potenziali investitori, al fine di evitare la futura presenza di concorrenti nello stesso segmento produttivo, tra cui alcune società cinesi già operative anche in Europa nel settore delle cordicelle d'acciaio per pneumatici;

nel frattempo, appellandosi al calo delle commesse, la Bekaert ha già iniziato a limitare le attività ed è stato attivato il contratto di solidarietà fra i lavoratori e le lavoratrici;

la crisi dello stabilimento di Assemini, che costituisce una delle principali realtà industriali del territorio regionale ed occupa 237 lavoratori diretti ed oltre 50 dell'indotto, non rappresenta una vertenza isolata, ma si inserisce in un contesto territoriale regionale interessato da un progressivo processo di desertificazione industriale —:

quali urgentissime iniziative di competenza il Ministro interrogato intenda assumere al fine di assicurare la continuità produttiva dello stabilimento Bekaert di Assemini e la salvaguardia dei livelli occupazionali dei lavoratori diretti e dell'indotto, anche attraverso un impegno concreto nella valutazione diretta dei soggetti acquirenti che abbiano manifestato interesse per il sito produttivo, nonché nella

verifica della praticabilità di un eventuale intervento del capitale pubblico.

(5-05136)

PANDOLFO, TONI RICCIARDI e SCOTTO. — *Al Ministro delle imprese e del made in Italy.* — Per sapere — premesso che:

lo stabilimento industriale di Flumeri, in provincia di Avellino, già IIA e oggi Menarini S.p.A. con quota residuale detenuta dallo Stato tramite Invitalia, rappresenta uno dei principali poli nazionali per la produzione di autobus destinati al trasporto pubblico locale, con circa 400 addetti specializzati nella produzione e nell'assemblaggio di veicoli urbani e suburbani nelle versioni diesel di ultima generazione, ibride, elettriche e predisposte per l'idrogeno;

le attività produttive dello stabilimento risultano allo stato attuale fortemente rallentate, se non sostanzialmente ferme, per carenza di nuove commesse, con grave rischio occupazionale per i lavoratori e concreta prospettiva di ricorso agli ammortizzatori sociali;

tale situazione appare paradossale alla luce delle ingenti risorse pubbliche disponibili attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e il Piano strategico nazionale della mobilità sostenibile (Psnms), specificamente destinate al rinnovo del parco mezzi del trasporto pubblico locale, e in presenza di un evidente fabbisogno nazionale di sostituzione di mezzi obsoleti, altamente inquinanti e non conformi agli *standard* ambientali e di sicurezza vigenti;

i ritardi nella pubblicazione delle gare, nelle aggiudicazioni e nell'emissione degli ordinativi da parte degli enti attuatori producono una grave discrasia tra disponibilità finanziarie, esigenze di rinnovo delle flotte e continuità produttiva degli stabilimenti nazionali, con ricadute dirette sulla tenuta occupazionale di un sito strategico e sull'intera filiera italiana della mobilità sostenibile. La produzione nazionale di au-

tobus ecologici costituisce un comparto ad alto valore tecnologico e occupazionale, la cui sopravvivenza dipende in misura determinante dalla certezza e dalla tempestività degli ordinativi pubblici —:

se il Ministro interrogato, alla luce del grave rallentamento produttivo dello stabilimento Menarini S.p.A. di Flumeri e delle conseguenti ricadute occupazionali, non ritenga opportuno attivare con urgenza un tavolo di coordinamento istituzionale con tutte le amministrazioni interessate — Ministero delle imprese e del *made in Italy*, Ministero delle imprese e dei trasporti, Invitalia e gli enti attuatori del PNRR e del Psnms — al fine di garantire il pieno e tempestivo utilizzo delle risorse già stanziare per il rinnovo del parco mezzi del trasporto pubblico locale, a tutela dei livelli occupazionali dello stabilimento e della filiera italiana della mobilità sostenibile.

(5-05137)

CAVO. — *Al Ministro delle imprese e del made in Italy.* — Per sapere — premesso che:

dall'insediamento della XIX legislatura è stata oggetto di particolare attenzione da parte dell'interrogante la situazione di Sanac S.p.A., a cui ha dedicato plurimi atti di sindacato ispettivo presso la X Commissione della Camera dei deputati: una prima interrogazione a risposta scritta il 18 novembre 2022 nonché successive interrogazioni a risposta immediata il 14 dicembre 2022, il 29 marzo 2023, il 27 aprile 2023, 31 gennaio 2024 e il 10 luglio 2024;

Sanac S.p.A. è un'azienda strategica nazionale, *leader* nel settore dell'estrazione, produzione e commercializzazione di materiali refrattari fondamentali per i processi di produzione di acciai, controllata dal Ministero delle imprese e del *made in Italy* e da dodici anni in amministrazione straordinaria con gestione commissariale, la cui attività prevalente è dedicata alle esigenze dei siti di produzione del gruppo Acciaierie d'Italia che, dopo una lunga fase di interruzione unilaterale delle commesse, ne ha disposto la ripartenza;

si sono susseguiti sei bandi di gara finalizzati alla sua cessione il cui esito non ha condotto alla vendita;

a seguito del settimo bando, sono risultate tre manifestazioni di interesse, che sono state tutte ammesse alla fase successiva di due *diligence*, la cui conclusione è prevista entro aprile, ed al termine della quale potranno essere formulate le rispettive proposte d'acquisto vincolanti;

solo una di tali suddette manifestazioni di interesse avrebbe ad oggetto l'interessamento a rilevare l'intero gruppo aziendale con tutti i suoi stabilimenti —:

quali misure di competenza intenda adottare il Ministro interrogato al fine di salvaguardare il futuro produttivo ed occupazionale di Sanac S.p.A., garantendo in particolare il mantenimento dell'unitarietà dei siti aziendali. (5-05138)

* * *

INFRASTRUTTURE E TRASPORTI

Interrogazione a risposta scritta:

GHIRRA. — *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, al Ministro della difesa, al Ministro dell'interno.* — Per sapere — premesso che:

recenti notizie di stampa hanno riportato il sequestro, nel porto di Ancona, di un ingente carico di materiali classificati come esplosivi e componenti sensibili, tra cui milioni di detonatori e centinaia di migliaia di munizioni, intercettati nell'ambito di un'operazione condotta dalla Guardia di finanza e dall'Agenzia delle dogane;

secondo quanto emerso dalle prime ricostruzioni giornalistiche, il carico — formalmente dichiarato come merce « varia » — sarebbe stato destinato all'estero e trasportato tramite una nave di linea utilizzata anche per il traffico passeggeri, circostanza che ha sollevato interrogativi rilevanti sotto il profilo della sicurezza e dei controlli portuali;

le informazioni diffuse evidenziano inoltre come i detonatori sequestrati siano dispositivi ad altissima sensibilità, potenzialmente in grado di innescare esplosioni anche in presenza di minime sollecitazioni, rendendo particolarmente delicato il loro trasporto, soprattutto su rotte civili e in contesti portuali vicini a centri abitati;

la vicenda del porto di Ancona si inserirebbe in un quadro più ampio di traffici internazionali legati a materiali cosiddetti « *dual use* », ovvero beni che, pur avendo applicazioni civili o industriali, possono essere convertiti o utilizzati anche per finalità militari o belliche;

secondo quanto riportato da ulteriori inchieste giornalistiche e da relazioni ufficiali citate dalla stampa, negli ultimi anni diversi porti italiani — tra cui Ancona, La Spezia e Cagliari — sarebbero stati interessati dal transito di ingenti quantitativi di materiali esplosivi o componenti ad alto rischio, con spedizioni destinate a diversi Paesi esteri;

tali circostanze sollevano interrogativi non solo sul sistema di classificazione e dichiarazione delle merci nei traffici marittimi, ma anche sull'efficacia dei controlli doganali e dei meccanismi di tracciabilità relativi ai materiali sensibili;

particolare preoccupazione deriva inoltre dal fatto che tali carichi possano transitare su navi e rotte civili frequentate da passeggeri e collocate in prossimità di aree urbane densamente popolate, con evidenti implicazioni per la sicurezza pubblica e per la tutela delle comunità locali;

la normativa nazionale ed europea in materia di esportazione e transito di materiali d'armamento e di prodotti a duplice uso prevede specifici sistemi di autorizzazione, controllo e monitoraggio, finalizzati proprio a prevenire traffici illeciti o operazioni opache che possano alimentare scenari di conflitto o mettere a rischio la sicurezza;

tuttavia, episodi come quello emerso nel porto di Ancona sembrano evidenziare possibili criticità nei meccanismi di vigi-

lanza e nelle procedure di classificazione e controllo delle merci nei traffici internazionali —:

se i Ministri interrogati siano a conoscenza dei fatti riportati e quale sia l'esatta natura e consistenza del materiale sequestrato nel porto di Ancona;

quali fossero l'origine, la destinazione finale dichiarata e le società coinvolte nella spedizione del carico oggetto del sequestro;

se i materiali sequestrati rientrassero nella categoria dei prodotti « *dual use* » o in quella dei materiali d'armamento soggetti a specifiche autorizzazioni e quali autorizzazioni risultino eventualmente rilasciate;

quali controlli siano stati effettuati prima dell'imbarco del carico e se siano emerse irregolarità nella dichiarazione doganale o nella classificazione delle merci;

se si ritenga adeguato l'attuale sistema di monitoraggio e controllo dei traffici di materiali esplosivi o a duplice uso nei porti italiani;

quali iniziative si intendano assumere per rafforzare la sicurezza e la trasparenza nei traffici marittimi che coinvolgono materiali sensibili, al fine di garantire la tutela della sicurezza pubblica, la piena tracciabilità delle spedizioni e il rispetto della normativa nazionale e internazionale.

(4-07260)

* * *

INTERNO

Interrogazioni a risposta scritta:

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

negli ultimi anni nel territorio del Salento si registra una crescente preoccupazione tra cittadini, professionisti e operatori economici per il ripetersi di gravi episodi intimidatori e di criminalità, che stanno contribuendo a generare un clima di allarme sociale;

l'interrogante ha già presentato numerosi atti di sindacato ispettivo volti a richiamare l'attenzione del Governo sull'*escalation* criminale che sta interessando tale territorio, chiedendo – purtroppo invano – un rafforzamento delle misure di prevenzione e di controllo del territorio;

nella notte tra venerdì 6 e sabato 7 marzo 2026 è avvenuto un nuovo allarmante episodio: ignoti hanno esploso diversi colpi di arma da fuoco contro la vetrata di uno studio dentistico situato in piazza Vittoria, nel centro di Spongano (Lecce);

l'episodio è stato scoperto nella mattinata successiva da alcuni residenti e passanti che hanno notato quattro evidenti fori di proiettile sulla vetrata dell'attività professionale;

secondo le prime ricostruzioni investigative, i colpi sarebbero stati esplosi con un'arma calibro 9x19 e il *raid* sarebbe avvenuto in una fascia oraria compresa tra la tarda serata di venerdì e le prime ore di sabato, approfittando dell'assenza di persone nella piazza;

l'episodio si inserisce in una preoccupante sequenza di atti intimidatori verificatisi nel basso Salento negli ultimi giorni: solo pochi giorni prima, infatti, due ordigni rudimentali erano stati collocati davanti a una fioreria a Matino e, successivamente, un'autovettura era stata incendiata in pieno giorno a Racale;

tali episodi, sebbene non necessariamente collegati tra loro sotto il profilo investigativo, contribuiscono a determinare un clima di forte preoccupazione tra i cittadini e gli operatori economici del territorio;

il ripetersi di atti intimidatori ai danni di attività economiche e professionali rappresenta un segnale che non può essere sottovalutato, poiché rischia di incidere negativamente sul tessuto sociale ed economico di un territorio che già in passato ha dovuto confrontarsi con fenomeni di criminalità organizzata e di *racket*;

proprio per queste ragioni appare indispensabile mantenere alta l'attenzione

delle istituzioni e assicurare un presidio efficace del territorio da parte dello Stato –:

se il Ministero interrogato ritenga opportuno valutare un rafforzamento dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio in Salento, anche attraverso l'adozione di iniziative per il potenziamento degli organici e dei presidi delle forze dell'ordine;

se non ritenga necessario promuovere ulteriori iniziative di prevenzione e contrasto dei fenomeni intimidatori e delle possibili attività estorsive a danno di professionisti e imprenditori del territorio; quali iniziative il Governo intenda assumere per garantire maggiore sicurezza ai cittadini e agli operatori economici della provincia di Lecce, anche alla luce della recente recrudescenza di episodi criminali che stanno generando crescente allarme sociale nel territorio. (4-07257)

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

il signor Domenico Antico è stato eletto sindaco del comune di Cittanova (Reggio Calabria) nelle elezioni amministrative dell'8 e 9 giugno 2024;

prima dell'assunzione della predetta carica, il signor Antico è stato direttamente interessato da un procedimento edilizio e sanzionatorio avviato dal comune nei confronti di un fabbricato di sua proprietà per presunte difformità edilizie e occupazione di suolo pubblico;

in virtù della predetta vicenda la minoranza consiliare ha sollevato un problema di incompatibilità e conflitto di interessi nei confronti del primo cittadino;

lo stesso prefetto di Reggio Calabria ha inviato diverse diffide al comune affinché il consiglio potesse discutere formalmente la posizione del sindaco;

pur continuando a difendere la legittimità della sua posizione, il sindaco ha annunciato la demolizione volontaria del muro;

la votazione sul punto all'ordine del giorno della seduta consiliare in merito alla « verifica assenza di conflitto di interessi del sindaco » si è conclusa con 6 voti favorevoli e 6 contrari;

pertanto, la proposta si è intesa respinta in virtù della parità dei voti ma di fatto il consiglio non ha approvato l'assenza di conflitto di interessi;

l'ordinamento impone agli amministratori locali specifici obblighi di trasparenza, imparzialità e tutela del buon andamento dell'azione amministrativa ed eventuali violazioni di tali principi rischiano di compromettere il corretto funzionamento dell'amministrazione comunale —:

se il Ministro interrogato, alla luce della posizione del sindaco e dell'esito del voto del consiglio relativo alla sussistenza di situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi intenda valutare la sussistenza dei presupposti per l'esercizio dei poteri di cui all'articolo 70 del TUEL e se il Governo intenda adottare iniziative di carattere normativo al fine di garantire l'imparzialità delle istituzioni locali senza dubbi interpretativi. (4-07263)

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

la normativa italiana prevede specifiche forme di tutela e sostegno per le vittime dei reati di usura ed estorsione, tra cui l'accesso al Fondo di solidarietà disciplinato dalla legge n. 108 del 1996 e dalla legge n. 44 del 1999, strumenti fondamentali per incoraggiare le vittime a denunciare e per consentire loro di ricostruire la propria attività economica;

nel caso dei sig.ri M., fratelli imprenditori operanti nel settore della ristorazione a Bari, è stato accertato in sede giudiziaria che gli stessi sono stati vittime, per un periodo compreso tra il 2012 e il 2018, di reiterate condotte di estorsione e usura riconducibili a soggetti appartenenti al clan mafioso Strisciuglio;

gli imputati sono stati rinviati a giudizio e successivamente condannati con

sentenze passate in giudicato, con riconoscimento del diritto delle persone offese al risarcimento dei danni subiti;

le vittime hanno pertanto attivato la procedura per accedere al Fondo di solidarietà per le vittime dell'usura presentando domanda presso la prefettura di Bari nel settembre 2018;

il procedimento amministrativo si è protratto per un periodo particolarmente lungo, con la notifica del provvedimento finale del Commissario straordinario del Governo per il coordinamento delle iniziative *antiracket* e *antiusura* avvenuta soltanto il 7 marzo 2025, quindi a oltre sei anni dalla presentazione della domanda;

dal provvedimento emerge che il nucleo di valutazione ha riconosciuto l'esistenza del danno da usura e ha disposto un'elargizione a titolo di mutuo senza interessi pari a 1.113.000 euro, calcolata sulla base di una stima dei pagamenti usurari giornalieri sostenuti dalle vittime;

tuttavia, secondo quanto rappresentato dagli interessati e dai loro legali, la quantificazione effettuata dal nucleo di valutazione presenterebbe alcune criticità rilevanti, in particolare con riferimento alla determinazione del periodo temporale preso in considerazione ai fini del calcolo del danno, che sarebbe stato arbitrariamente limitato fino al luglio 2017 nonostante l'accertamento giudiziario abbia stabilito che le condotte usurarie si siano protratte almeno fino al 30 aprile 2018;

tale scelta avrebbe determinato una sottostima significativa del danno patrimoniale effettivamente subito dalle vittime, oltre a non tenere adeguatamente conto di ulteriori conseguenze economiche rilevanti, tra cui il fallimento dell'attività imprenditoriale originaria, riconosciuto come conseguenza diretta delle condotte usurarie;

ulteriori perplessità riguardano, secondo quanto dedotto dagli interessati, anche la mancata rivalutazione delle somme riconosciute nonché la valutazione di alcune componenti del danno alla persona derivante dalle condotte subite;

appare pertanto opportuno verificare se i criteri applicati dal nucleo di valutazione e dalla Commissione competente siano stati pienamente coerenti con il quadro normativo vigente e con le risultanze giudiziarie già accertate;

la credibilità delle istituzioni nella tutela delle vittime rappresenta un elemento decisivo per la strategia di contrasto alla criminalità, poiché eventuali percezioni di inefficienza o di insufficiente tutela rischiano di scoraggiare imprenditori e commercianti dal denunciare;

se i meccanismi di ristoro previsti dalla legge non risultano tempestivi, trasparenti e adeguati rispetto ai danni subiti, si corre il rischio concreto che molte vittime preferiscano non rivolgersi alle istituzioni, con un grave danno per l'azione dello Stato contro le mafie e l'usura —:

se il Ministro interrogato ritenga opportuno verificare, per quanto di competenza, i criteri utilizzati dal nucleo di valutazione e dalla Commissione *antiracket* e *antiusura* per la quantificazione del danno nel caso in esame, nonché la loro conformità alla normativa vigente e alle risultanze giudiziarie;

se il Governo non ritenga necessario avviare una verifica più generale sulle modalità operative e sui tempi di definizione delle procedure relative al Fondo di solidarietà per le vittime di usura ed estorsione, al fine di garantire maggiore efficacia, trasparenza e rapidità nell'erogazione dei benefici previsti dalla legge. (4-07267)

* * *

ISTRUZIONE E MERITO

Interrogazione a risposta orale:

CASO, AMATO, ORRICO e MORFINO.
— Al Ministro dell'istruzione e del merito. —
Per sapere — premesso che:

l'articolo 1, comma 121, della legge 13 luglio 2015, n. 107, istituisce la carta elettronica per l'aggiornamento e la forma-

zione del docente, cosiddetta « carta del docente », destinata ai docenti di ruolo e, a seguito dell'approvazione della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e del decreto-legge 9 settembre 2025, n. 127, anche ai docenti supplenti annuali, ai docenti supplenti fino al termine delle attività didattiche e al personale educativo;

l'attuale norma prevede che, a decorrere dall'anno scolastico 2025/2026, il decreto interministeriale che definisce i criteri e le modalità di assegnazione della carta, nonché annualmente l'importo nominale della stessa sulla base del numero dei docenti e del personale educativo, venga adottato entro il 30 gennaio di ogni anno, ma, ad oggi, non risulta essere stato pubblicato;

come denunciato già a novembre 2025 dall'interrogante, l'attivazione della carta del docente solo a febbraio 2026 comprometterebbe parzialmente le sue finalità, soprattutto per chi ha un contratto al 30 giugno, in quanto potrà accedere alla formazione solo a ridosso della scadenza (maggio), non avendo garanzie di continuità lavorativa per l'anno successivo;

a fronte del giusto ampliamento della platea dei beneficiari senza un adeguato incremento delle risorse, gli organi di stampa riportano l'ipotesi di una riduzione significativa dell'importo, anche al di sotto dei 500 euro riconosciuti negli anni precedenti;

a ciò si aggiunge il fatto che le risorse relative al precedente anno scolastico non risultano ancora integralmente accreditate, aggravando una situazione già critica che ha dato luogo a proteste, mobilitazioni e petizioni promosse dal mondo della scuola;

il protrarsi di questa situazione sta, di fatto, ad avviso degli interroganti trasformando la carta del docente in uno strumento tardivo e inefficace, lasciando il personale docente nell'incertezza a metà dell'anno scolastico;

permane, inoltre, una grave questione di equità, legata all'esclusione del personale Ata da un beneficio connesso alla formazione in servizio, nonostante il loro essen-

ziale ruolo nel funzionamento delle istituzioni scolastiche —:

quali iniziative urgenti il Ministro interrogato intenda adottare per garantire la tempestiva pubblicazione del decreto interministeriale e, conseguentemente, l'erogazione della carta del docente, consentendo alla categoria di utilizzare le somme spettanti in tempi congrui rispetto all'anno scolastico in corso, al fine di agevolarne la formazione e l'aggiornamento professionale;

quali iniziative di competenza urgenti il Ministro interrogato intenda adottare al fine di reperire le necessarie risorse e scongiurare l'ipotesi di riduzione dell'importo della carta;

se il Ministro interrogato non ritenga necessario adottare iniziative normative volte a superare l'esclusione del personale Ata dall'utilizzo della carta, quale strumento di sostegno per la formazione in servizio.

(3-02544)

Interrogazione a risposta scritta:

MANZI. — *Al Ministro dell'istruzione e del merito.* — Per sapere — premesso che:

la legge n. 107 del 2015 ha introdotto la carta docenti ovvero un *bonus* da 500 euro da spendere per l'acquisto di libri, corsi, *software*, *hardware*, ingressi a mostre, spettacoli ed eventi culturali utili per l'aggiornamento professionale;

il personale educativo che partecipa al processo di formazione e di educazione degli allievi che sono ospitati, in modo residenziale o semiresidenziale, nei convitti, negli educandati e nei convitti annessi alle istituzioni scolastiche, è stato escluso da tale beneficio pur rientrando a pieno titolo nella funzione docente;

con l'ordinanza n. 9984 del 12 aprile 2024 la Corte di cassazione — Sezione Civile — ha cassato la sentenza della Corte di Appello di Roma con la quale era stato accolto un ricorso in appello proposto dal Ministero dell'istruzione e del merito, avverso una sentenza del Tribunale di Roma

che aveva riconosciuto il beneficio della carta docente anche agli educatori;

la Corte di cassazione, ribadendo quanto già espresso con la sentenza n. 32104 del 31 ottobre 2022, ha affermato che non si spiegherebbe una differenziazione di trattamento tra personale docente e personale educativo « posto che entrambe le figure professionali sono soggette, a ben vedere, a precisi oneri formativi, tanto da giustificare l'introduzione di un sostegno datoriale in correlazione all'esborso economico per le spese di aggiornamento e di studio »;

non v'è dubbio quindi che i principi finora espressi in tema di carta docente a favore dei docenti a tempo determinato siano applicabili anche al personale educativo poiché, come novellato nella ordinanza di cui sopra: « la carta docente è attribuita, dunque, al personale docente, nel cui ambito può ben dirsi rientrare quello educativo ad esso assimilato sul piano funzionale dall'articolo 395 decreto legislativo n. 297 del 1994, rubricato "funzione docente", il quale prevede: "La funzione docente è intesa come esplicazione essenziale dell'attività di trasmissione della cultura, di contributo alla elaborazione di essa e di impulso alla partecipazione dei giovani a tale processo e alla formazione umana e critica della loro personalità" »;

in merito agli educatori, la Cassazione rileva che con specifico riferimento alla posizione del personale educativo, il C.C.N.L. comparto scuola 2016-2018 lo include, infatti, nell'area professionale del personale docente. Ciò posto, continuano i giudici, svolgendo una lettura coordinata delle disposizioni di legge e del C.C.N.L. di categoria sopra richiamate, emerge che il personale educativo, seppur impegnato in funzione differente rispetto a quella propriamente didattica e di istruzione, tipica del personale docente, nondimeno ne partecipa i contenuti sul piano della formazione e istruzione degli allievi, convittori e semi-convittori, di qui l'espressa collocazione all'interno dell'area professionale del personale docente. Se è indubbio, poi, che la carta docente « dell'importo nominale di euro 500 annui » costituisce un beneficio

economico, non può non convenirsi sul fatto che, anche per via della disposizione da ultimo richiamata, essa debba essere attribuita, conclusivamente, al personale docente *tout court*, ivi compresi gli appartenenti al ruolo degli educatori;

la Corte di cassazione ha quindi concluso che la sentenza impugnata, avendo escluso che gli educatori abbiano titolo per invocare il riconoscimento della carta docente, non è conforme a tali principi e va pertanto cassata con rinvio, anche per il regolamento delle spese del giudizio di legittimità —:

se, considerati i principi affermati dalla Corte di cassazione, intenda adottare iniziative volte ad evitare che si perpetui una illegittima differenziazione di trattamento tra personale docente ed educativo e dunque quali iniziative di competenza urgenti si intendano adottare per assegnare la suddetta *card* anche al personale educativo finora escluso dal beneficio. (4-07255)

* * *

LAVORO E POLITICHE SOCIALI

Interrogazione a risposta scritta:

MORFINO. — *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

la legge n. 328 del 2000, ha istituito il sistema integrato di interventi e servizi sociali, attribuendo ai comuni e agli ambiti territoriali sociali un ruolo centrale nella programmazione e gestione dei servizi;

il Fondo nazionale per le politiche sociali finanzia interventi essenziali rivolti a minori, persone con disabilità, anziani fragili, famiglie in difficoltà e persone in condizione di povertà o esclusione sociale;

da tempo si registrano ritardi nell'utilizzo e nella rendicontazione delle risorse, con effetti diretti sulla continuità dei servizi sociali territoriali; nello specifico la Regione Siciliana, con direttiva del 3 giu-

gno del 2025, ha ammesso un forte rallentamento nell'utilizzo di risorse Fnps trasferite ai distretti e nell'avvio delle azioni programmate, prospettando la nomina di commissari *ad acta* per i distretti inadempienti;

nel distretto socio-sanitario 42 (Palermo), si riscontrano stalli critici: I piano di zona 2022-2024, relativo al Fnps 2021-2023, risultava ancora non esitato dal dipartimento regionale a luglio 2024, nonostante la trasmissione fosse avvenuta a novembre 2023, bloccando il trasferimento di circa euro 1.690.928,93 agli altri comuni del distretto;

numerosi atti amministrativi regionali e documenti di programmazione evidenziano forti ritardi nella spesa e nella rendicontazione delle risorse, con percentuali di utilizzo molto basse anche a distanza di anni dall'assegnazione dei fondi;

in Sicilia la spesa registrata sulla piattaforma Sioss, a valere sul Fnps 2019, risulta ancora estremamente deficitaria, rendendo difficoltosa l'acquisizione delle annualità successive da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

tali ritardi sono spesso legati alla carenza di personale amministrativo negli enti locali, alla complessità delle procedure, alla frammentazione dei sistemi informativi e alla pluralità di fondi con regole diverse;

il sistema vigente prevede che il trasferimento delle annualità successive è subordinato al raggiungimento di soglie di rendicontazione della spesa precedente, talvolta intorno al 75 per cento delle risorse già erogate, con il rischio di bloccare o rallentare l'erogazione complessive;

tale meccanismo ha prodotto effetti paralizzanti a Palermo, dove per il vecchio piano di zona 2013-15 residuano oltre 4,2 milioni di euro di quota Fnps non trasferiti e circa 3,3 milioni di euro sono rimasti bloccati in avanzo vincolato presso il comune capofila fin dal 2019 producendo un effetto perverso penalizzando anche gli enti che hanno correttamente programmato e

speso le risorse, il risultato concreto è che servizi sociali fondamentali vengono messi in difficoltà o addirittura sospesi;

inoltre i comuni sono stati caricati di nuove responsabilità, nella gestione delle politiche sociali e nell'attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps), senza essere accompagnati da un adeguato rafforzamento delle strutture amministrative locali, operando oggi con organici ridotti e personale precario, con il risultato che la gestione amministrativa dei fondi diventa sempre più complessa e lenta, così il sistema rischia di trasformarsi in un modello in cui la responsabilità operativa viene scaricata sui comuni senza fornire loro gli strumenti —:

quali siano i dati aggiornati, a livello nazionale, sullo stato di spesa e rendicontazione del Fondo nazionale per le politiche sociali, con particolare riferimento alle annualità ancora non pienamente utilizzate o rendicontate;

se il Governo ritenga adeguato l'attuale meccanismo che condiziona il trasferimento delle risorse successive al raggiungimento di soglie di rendicontazione delle annualità precedenti;

se non ritengano necessario adottare iniziative di carattere normativo volte a riformare tale meccanismo, superando il cosiddetto blocco al 75 per cento, al fine di garantire continuità ai servizi sociali essenziali;

se intenda adottare iniziative, per quanto di competenza, volte ad evitare che ritardi amministrativi si traducano nella sospensione o nel rallentamento di interventi rivolti alle persone più fragili;

se intendano promuovere iniziative di carattere normativo volte al rafforzamento amministrativo degli ambiti territoriali sociali e una semplificazione della gestione dei fondi, attraverso procedure più uniformi, sistemi informativi interoperabili e riduzione degli adempimenti duplicati.

(4-07261)

Pubblicazione di un testo riformulato.

Si pubblica il testo riformulato della mozione Conte n. 1-00553, già pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta n. 626 del 4 marzo 2026.

La Camera,

premesso che:

il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, non è una enunciazione programmatica né una variabile subordinata agli equilibri di finanza pubblica, ma un diritto fondamentale e incompressibile, che condiziona e orienta l'azione dello Stato, come ribadito dalla Corte costituzionale prima nella sentenza n. 275 del 2016 e più recentemente nella sentenza n. 195 del 2024, secondo cui è la garanzia dei diritti a incidere sul bilancio e non viceversa;

il Servizio sanitario nazionale, nato come strumento di uguaglianza sostanziale e di coesione sociale, è stato progressivamente svuotato con politiche di sottofinanziamento, regionalizzazione spinta, aziendalizzazione estrema e crescente privatizzazione, che hanno trasformato un modello universalistico in un sistema sempre più frammentato, diseguale e permeabile alle logiche di mercato;

la crisi del Ssn non è frutto del caso ma di scelte politiche precise: tagli lineari, blocco del *turn over*, precarizzazione del lavoro sanitario, espansione incontrollata del privato accreditato e della sanità integrativa, rinuncia a una *governance* pubblica forte e trasparente;

la crisi strutturale delle liste di attesa non può essere dunque compresa né affrontata senza riconoscere il progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale registrato negli ultimi quindici anni, che ha determinato una riduzione della spesa sanitaria in rapporto al Pil, una compressione delle risorse correnti e un mancato adeguamento del finanziamento al mutato quadro demografico ed epidemiologico del Paese;

in termini reali, al netto dell'inflazione e dell'aumento dei costi energetici, tecnologici e contrattuali, come confermato anche dalla Corte dei conti in occasione della inaugurazione dell'anno giudiziario del 24 febbraio 2026, il finanziamento del Ssn ha subito una progressiva erosione del proprio potere d'acquisto, mentre la domanda di salute è cresciuta per effetto dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle cronicità e delle innovazioni terapeutiche; ciò ha determinato uno squilibrio strutturale tra bisogni assistenziali e capacità di risposta del sistema pubblico;

la spesa sanitaria italiana in rapporto al Pil si colloca stabilmente al di sotto della media dei principali Paesi europei, e la componente di spesa privata «*out of pocket*» sostenuta direttamente dalle famiglie ha raggiunto livelli sempre più elevati, segnalando un arretramento della copertura pubblica e un trasferimento silenzioso di oneri economici sui cittadini;

il definanziamento si è tradotto concretamente nel blocco del *turn over*, nella riduzione dei posti letto, nella mancata sostituzione del personale andato in pensione, nel sottoinvestimento nella medicina territoriale e nella diagnostica pubblica, generando colli di bottiglia organizzativi che si riflettono direttamente nell'allungamento delle liste di attesa;

non si è trattato di una dinamica inevitabile, ma di scelte politiche reiterate nel tempo, che hanno subordinato il diritto costituzionale alla salute a vincoli contabili e obiettivi di finanza pubblica, in aperta tensione con il succitato principio affermato dalla Corte costituzionale secondo cui è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio e non viceversa;

le liste di attesa rappresentano pertanto non soltanto un problema organizzativo, ma la manifestazione più evidente di un sottofinanziamento strutturale che ha progressivamente indebolito la capacità del Servizio sanitario nazionale di garantire universalità, equità e tempestività delle cure;

le liste di attesa rappresentano oggi il punto di rottura più evidente di questo processo: non un disservizio tecnico, non un problema contingente legato alla pandemia, ma la manifestazione strutturale di un sistema che ha smarrito la propria missione costituzionale;

una componente fondamentale della strategia di rafforzamento del Servizio sanitario nazionale e di riduzione strutturale delle liste di attesa era rappresentata dagli investimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, in particolare nell'ambito della missione 6 dedicata alla salute, che ha previsto un profondo potenziamento della medicina territoriale, attraverso la realizzazione delle case della comunità, degli ospedali di comunità, delle centrali operative territoriali, e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare; tali interventi erano stati concepiti proprio per ridurre la pressione impropria sugli ospedali e sulla specialistica ambulatoriale, intercettando precocemente i bisogni di salute, migliorando la presa in carico delle cronicità e garantendo un accesso più diffuso e tempestivo ai servizi sanitari di prossimità;

tuttavia, l'attuazione di numerosi interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza nel settore sanitario sta registrando ritardi significativi, sia nella realizzazione delle infrastrutture che nell'organizzazione dei modelli assistenziali e nel reclutamento del personale necessario al loro funzionamento, con il rischio concreto che tali strutture restino incompiute o prive delle risorse umane indispensabili; questi ritardi compromettono la capacità del sistema sanitario di spostare una parte rilevante della domanda assistenziale dal livello ospedaliero a quello territoriale e finiscono inevitabilmente per aggravare il problema delle liste di attesa per visite ed esami specialistici;

nella Relazione presentata, il 24 febbraio 2026, all'inaugurazione dell'anno giudiziario, la Procura generale della Corte dei conti ha confermato nuovamente le criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale, rimarcando come «le osservazioni

che si erano formulate con riguardo all'anno 2024 troverebbero, quindi, piena conferma nell'analisi che voglia prendere ad oggetto il 2025 »;

proprio con riguardo alle predette osservazioni per l'anno 2024, vale la pena ricordare la requisitoria lucida e severa del Procuratore generale presso la Corte dei conti, Pio Silvestri, incentrata soprattutto sullo stato di salute, drammaticamente critico, del nostro sistema sanitario pubblico; proprio in tale requisitoria è stata denunciata, con parole nette, l'insostenibilità del modello attuale e la necessità di rimettere al centro il diritto alla salute e il ruolo del personale sanitario, ribadendo un concetto indispensabile: « La tutela del fondamentale diritto alla salute rimane centrale per definire il parametro di civiltà di un Paese »; la medesima Corte, richiamando anch'essa la succitata giurisprudenza costituzionale, ha ricordato che, una volta stabilite le garanzie minime, il diritto alla salute « non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali », perché « è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione »;

proprio le liste d'attesa, secondo la Corte dei conti, sono il simbolo di una sanità che non regge parlando, senza mezzi termini, di un « fenomeno vergognoso, per un Paese civile », che mina l'universalità e l'equità del sistema sanitario; e anche oggi, nel 2026, la medesima Corte ribadisce come rimanga centrale il nodo delle liste di attesa, affermando che: « il tema delle liste di attesa e dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie continua a rappresentare un ambito di particolare attenzione per il Servizio sanitario nazionale » e le dinamiche osservate « si inseriscono in un contesto caratterizzato da elementi strutturali che incidono sulla capacità del sistema di garantire un'erogazione tempestiva e omogenea delle prestazioni sul territorio, con possibili riflessi sui principi di universalità ed equità dell'accesso alle cure »;

i dati diffusi da diversi organismi e osservatori della sanità evidenziano come

per diverse prestazioni traccianti – tra cui risonanza magnetica, Tac, visite cardiologiche, oculistiche e ortopediche – persistano scostamenti significativi tra tempi dichiarati e tempi effettivi di erogazione, con un marcato divario Nord-Sud e una crescente mobilità sanitaria interregionale;

milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali vengono ogni anno erogate oltre i tempi massimi stabiliti dal Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, determinando un incremento delle rinunce alle cure per motivi economici o per lunghezza delle attese, fenomeno certificato anche dai dati Istat sulla rinuncia alle prestazioni sanitarie;

i dati ufficiali sulla libera professione intramuraria (*intramoenia*), pubblicati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), attestano che il volume complessivo delle prestazioni rese in regime *intramoenia* e i relativi introiti economici ammontano a centinaia di milioni di euro ogni anno, con un andamento stabile o in crescita in diverse regioni, mentre parallelamente si registrano criticità nel rispetto dei tempi di attesa nel canale istituzionale; le relazioni annuali di Agenas sull'attività libero-professionale segnalano inoltre che in alcune realtà territoriali la quota di prestazioni *intramoenia* rispetto al totale delle medesime prestazioni erogate nel pubblico raggiunge percentuali significative, alimentando di fatto un doppio canale di accesso alle cure;

in numerose aziende sanitarie si rileva una sproporzione tra i tempi di erogazione delle medesime prestazioni nel regime ordinario e nel regime *intramoenia*, con differenze che possono arrivare a diverse settimane o mesi, generando una evidente distorsione nell'accesso equo, alle cure;

a diciotto mesi dalla conversione in legge del decreto sulle liste di attesa (decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024), la situazione descritta dalla Fondazione Gimbe è netta: non si registrano benefici concreti per i cittadini e, nonostante gli annunci e le dichiarazioni istituzionali, l'annunciata ri-

forma non ha ancora prodotto risultati tangibili nella riduzione dei tempi di attesa per visite ed esami;

nel 2025 la Piattaforma nazionale delle liste di attesa ha raccolto i dati relativi a 57,8 milioni di prestazioni erogate: 24,2 milioni di prime visite specialistiche e 33,6 milioni di esami diagnostici; si tratta di numeri imponenti, che fotografano la dimensione del problema; tuttavia, secondo Gimbe, la piattaforma allo stato attuale non è realmente utile per i cittadini, poiché i dati sono presentati solo in forma aggregata nazionale, senza distinguere tra regioni, aziende sanitarie, strutture pubbliche e private accreditate, né tra prestazioni erogate in regime ordinario e in *intramoenia*; in altre parole, non è possibile capire dove si concentrano i ritardi, quali territori sono più in difficoltà e per quali prestazioni si registrano le maggiori criticità;

a riguardo, vale la pena ricordare come già con l'interrogazione n. 3-02232 del 7 ottobre 2025, a prima firma della collega Ricciardi Marianna, siano stati richiesti i necessari chiarimenti sull'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, proprio rilevando che la stessa non solo non fornisce contezza dei dati in tempo reale e dei tempi di attesa divisi per regione, per azienda sanitaria locale e per singola struttura ma, soprattutto e incredibilmente, fornisce la misurazione dei tempi di attesa sulla base della unificazione delle prenotazioni dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale, calcolando il tempo di attesa delle prestazioni istituzionali includendovi anche quelle in *intramoenia*, non consentendo di confrontare i tempi di attesa dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale; alla domanda chiara di consentire ai cittadini di conoscere quali siano i reali tempi di attesa per le prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, attraverso la rilevazione distinta dei tempi di attesa delle prenotazioni presso il servizio pubblico e istituzionale e delle prestazioni in regime libero professionale *intramoenia*, le risposte fornite dal Ministro della salute sono state totalmente elusive e insoddisfacenti;

Gimbe, aggiunge a ciò anche un problema metodologico: il rispetto dei tempi di attesa viene comunicato attraverso indicatori tecnici (mediane e quartili) che risultano difficilmente comprensibili ai cittadini e che, escludendo il 25 per cento delle attese più lunghe, rischiano di attenuare la percezione reale delle criticità; non viene inoltre fornita l'informazione più semplice e rilevante: quale percentuale di prestazioni viene effettivamente erogata entro i tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità;

l'analisi di alcune prestazioni ad alto volume, come la prima visita oculistica e l'ecografia dell'addome completo, mostra un quadro in chiaroscuro; in media circa la metà dei pazienti riesce a ottenere la prestazione entro i tempi garantiti, ma almeno un paziente su quattro supera sistematicamente i limiti massimi, con attese che per le prestazioni programmabili possono arrivare a diversi mesi; esiste dunque una « coda invisibile » di cittadini che resta intrappolata in tempi eccessivi, spesso costretta a pagare di tasca propria o a rinunciare alla prestazione;

il problema delle liste di attesa si intreccia inevitabilmente con il tema dell'*intramoenia*; la Piattaforma include infatti le prestazioni erogate in *intramoenia* nel totale complessivo delle prenotazioni, ma le esclude dal calcolo degli indicatori sui tempi di attesa; analizzando la differenza tra questi dati, Gimbe stima che circa il 30 per cento delle prestazioni venga erogato in regime *intramoenia*, cioè a pagamento all'interno delle strutture pubbliche; una quota significativa che suggerisce come una parte rilevante della domanda sanitaria venga soddisfatta fuori dal canale ordinario del SSN, con evidenti implicazioni in termini di equità;

anche il comportamento dei cittadini evidenzia criticità poiché solo il 39,9 per cento accetta la prima disponibilità proposta dal Cup per gli esami diagnostici e appena il 34,9 per cento per le visite specialistiche; tuttavia, la piattaforma non chiarisce le ragioni di questa bassa accettazione, che possono essere legate a tempi

troppo lunghi, sedi distanti o orari incompatibili; è un dato che, comunque lo si interpreti, segnala un sistema che fatica a rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone; il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva rappresenta una delle distorsioni del Servizio sanitario nazionale, incidendo in modo significativo sia sulla sostenibilità economica del sistema sia sull'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate; numerosi studi e rilevazioni di società scientifiche stimano che una quota compresa tra il 25 e il 40 per cento delle prestazioni sanitarie, in particolare esami diagnostici ad alta tecnologia, venga prescritta non per reale necessità clinica ma con finalità meramente cautelative, al fine di prevenire possibili contenziosi medico-legali; la Società italiana di radiologia medica ha stimato che, nell'ambito della diagnostica per immagini, la componente riconducibile a medicina difensiva possa raggiungere percentuali prossime al 40 per cento;

tale fenomeno produce un effetto moltiplicatore sulle liste di attesa, saturando agende e risorse con prestazioni inappropriate o a basso valore clinico, sottraendo tempo e capacità produttiva a pazienti che necessitano realmente di accertamenti tempestivi; la medicina difensiva non solo aggrava i tempi di accesso, ma altera il rapporto fiduciario tra medico e paziente, trasformando l'atto clinico in un atto di autotutela giuridica; senza un intervento legislativo organico sulla responsabilità sanitaria, ogni strategia di riduzione delle liste di attesa rischia di rimanere parziale, poiché non affronta una delle cause strutturali dell'iperprescrizione e dell'inappropriatezza;

la qualità, l'efficienza e l'equità del Servizio sanitario nazionale dipendono in modo determinante dalla solidità e dall'autonomia della dirigenza sanitaria, la quale, per mandato costituzionale e per assetto ordinamentale, deve operare nel rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza di cui all'articolo 97 della Costituzione;

l'attuale sistema di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi

delle aziende sanitarie e ospedaliere, pur formalmente regolato da elenchi nazionali e procedure comparative, continua a presentare margini significativi di discrezionalità politica, indebolendo di fatto l'autonomia tecnico-gestionale e subordinando le scelte organizzative a logiche di appartenenza o di consenso;

la commistione tra indirizzo politico e gestione amministrativa produce effetti distorsivi diretti anche sul governo delle liste di attesa, sulla programmazione dei fabbisogni, sulla gestione delle agende e sul rapporto con il privato accreditato, generando opacità decisionale, discontinuità gestionale e talvolta una scarsa assunzione di responsabilità rispetto ai risultati;

una *governance* sanitaria realmente orientata al diritto alla salute richiede una netta distinzione tra chi definisce gli obiettivi strategici e chi è chiamato a realizzarli, con criteri rigorosi di selezione, valutazione e revoca dei dirigenti fondati su competenza, merito, risultati misurabili e indipendenza, e non su equilibri politici contingenti; il rafforzamento dell'autonomia e della responsabilità della dirigenza sanitaria costituisce pertanto una condizione imprescindibile per restituire efficienza, trasparenza e credibilità al Servizio sanitario nazionale;

sul piano normativo, poi, il decreto « liste di attesa » non è ancora pienamente attuato: al 1° febbraio 2026 risultano adottati solo quattro dei sei decreti attuativi previsti; mancano ancora quello sulla definizione della metodologia per il fabbisogno di personale del Ssn (elemento cruciale anche per il superamento del tetto di spesa sul personale) e quello sulle linee guida nazionali per la gestione delle disdette e l'ottimizzazione delle agende Cup; questi ritardi incidono direttamente sulla possibilità di intervenire in modo strutturale sulle cause organizzative delle liste di attesa;

nel frattempo, i dati Istat confermano che nel 2024 5,8 milioni di persone hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, mentre la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie con-

tinua a crescere; in questo contesto, il decreto sulle liste di attesa appare, secondo Gimbe, ancora lontano dal produrre gli effetti annunciati; il ritardo è dunque duplice: normativo, per la mancata adozione dei decreti attuativi, e tecnologico, per una piattaforma che non garantisce trasparenza e leggibilità dei dati;

il problema delle liste di attesa, che non può essere affrontato con misure parziali o strumenti incompleti, riflette criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale: carenza di personale, organizzazione frammentata, domanda in parte inappropriata, digitalizzazione incompleta ed è evidente che senza interventi strutturali e investimenti adeguati, il rischio è che la riforma resti sulla carta, mentre sempre più cittadini si trovano a pagare di tasca propria o a rinunciare alle cure, con un impatto diretto sul diritto alla salute e sulla tenuta stessa del sistema sanitario pubblico;

la stessa analisi di Gimbe ha sottolineato l'opacità persistente dei dati, la non omogeneità delle rilevazioni regionali, l'assenza di una piattaforma nazionale realmente trasparente e confrontabile, e la totale inadeguatezza dei meccanismi sanzionatori nei confronti delle regioni e delle aziende sanitarie inadempienti;

il predetto decreto-legge sulle liste di attesa nell'auspicio di abbattere le liste di attesa intendeva delineare un nuovo sistema di monitoraggio più efficace e strumenti di controllo che dovrebbero vedere in prima linea le regioni e il Ministero della salute con un organismo che ha titolo ad accedere presso le aziende, in caso di inadempienza; inoltre, presso ciascuna regione dovrebbe essere identificato un Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (Ruas) che deve individuare gli interventi utili a correggere le problematiche emerse a seguito dei controlli dell'organismo; tuttavia, a tutt'oggi questo nuovo sistema di monitoraggio non risulta effettivamente operativo;

una recente inchiesta giornalistica pubblicata sul *Corriere della Sera*, il *Data-*

Room di Milena Gabanelli, ha offerto un quadro sulle liste di attesa ancora più allarmante: agende chiuse, tempi ufficiali non corrispondenti a quelli reali, prenotazioni dirottate verso il regime *intramoenia* o verso il privato, disomogeneità territoriali abissali, utilizzo distorto delle priorità cliniche, con un sistema che, di fatto, scarica sui cittadini l'onere di aggirare l'inefficienza pagando di tasca propria;

l'inchiesta parte da un dato che colpisce subito: in Italia ogni anno circa 10 miliardi di euro vengono spesi dai cittadini di tasca propria per visite ed esami sanitari invece di essere erogati gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale (Ssn); questo fenomeno non è casuale, ma il frutto di un sistema che crea e alimenta un flusso di denaro enorme attorno alle liste di attesa, alle prestazioni private e alla commistione tra pubblico e privato;

secondo i documenti riservati esaminati durante l'inchiesta, siamo di fronte a una struttura a doppio binario che produce effetti paradossali rispetto agli obiettivi dichiarati dalle leggi: da una parte lo Stato e il Ssn dovrebbero garantire prestazioni in tempi certi a tutti i cittadini; dall'altra, però, esiste una forte spinta interna al sistema sanitario verso la medicina a pagamento, che attrae risorse, professionisti e pazienti proprio perché le liste di attesa nel canale pubblico restano lunghe e difficili da gestire;

per legge la libera professione *intramoenia*, cioè l'attività privata svolta dai medici all'interno o per conto di strutture pubbliche, non dovrebbe superare quella istituzionale erogata dal Ssn; proprio per evitare che chi lavora in pubblico dedichi più tempo e risorse all'attività a pagamento piuttosto che a quella gratuita prevista per legge; tuttavia, dai documenti emerge che in molti casi questa regola viene largamente aggirata: in alcune strutture le prestazioni *intramoenia* rappresentano quote altissime dell'attività complessiva;

l'inchiesta offre esempi concreti: in diverse grandi strutture ospedaliere italiane alcuni esami diagnostici vengono ero-

gati in regime di libera professione in percentuali vicine o superiori al 90 per cento, nonostante la normativa vigente intenda limitare questa pratica; allo stesso modo, per visite specialistiche in strutture pubbliche di riferimento, quote significative di accessi per prestazioni come cardiologia o neurologia risultano svolte privatamente;

il meccanismo che il *reportage* denuncia è duplice: da un lato il Ssn, incapace di soddisfare la domanda di prestazioni in tempi brevi, vede allungarsi costantemente le liste di attesa; ciò spinge i pazienti ad accedere a visite ed esami a pagamento, spesso all'interno della stessa struttura pubblica o tramite medici che operano anche privatamente; l'accesso al canale privato diventa così non solo una scelta economica del paziente, ma una via per aggirare le liste e arrivare prima a una prestazione;

dall'altro lato, gli ospedali privati accreditati, che ricevono una parte significativa dei loro ricavi dal Ssn, orientano sempre più il loro modello di attività verso le prestazioni più remunerative e a pagamento, utilizzando anche medici provenienti dal pubblico; in questo modo il sistema sanitario, pur basandosi su fondi pubblici, finisce per alimentare un mercato privato all'interno delle stesse strutture che dovrebbero erogare servizi universali;

l'inchiesta racconta poi due casi emblematici; il primo riguarda l'istituto Rizzoli di Bologna, uno dei centri ortopedici più importanti al mondo: i suoi medici svolgono attività privata distribuita capillarmente in numerose città italiane, andando a «catturare» pazienti anche fuori regione; questo fenomeno crea una situazione in cui migliaia di interventi e visite attraggono utenti provenienti da fuori dal bacino di utenza previsto, contribuendo ad aumentare le liste di attesa per i residenti dell'Emilia-Romagna e di altre aree; il secondo caso riguarda l'Humanitas a Milano, ospedale privato accreditato con un fatturato molto elevato, in cui la crescita dell'attività privata supera quella convenzionata; qui una parte consistente di medici che operano anche in pubblico lavora per

strutture completamente private, creando legami di business che amplificano la commistione tra pubblico e privato e riducono ulteriormente l'efficacia del canale pubblico;

secondo l'inchiesta, tale commistione non è un effetto collaterale, ma il risultato di un quadro normativo e organizzativo che non riesce a governare l'evoluzione del sistema sanitario; le leggi esistenti, come il decreto legislativo n. 229 del 1999 (che regola l'*intramoenia*) e le norme recenti sulle liste d'attesa, non sono state sufficienti a prevenire che il sistema si trasformasse in una «macchina da soldi»; in pratica, si profila uno scenario in cui abbattere le liste di attesa non conviene a nessuno, perché la lentezza dell'offerta pubblica alimenta i flussi di prestazioni a pagamento e genera profitti per soggetti privati e professionisti, a discapito dell'universalità e dell'equità assistenziale;

l'inchiesta si conclude con un amaro paradosso: il cittadino italiano si trova spesso davanti a due alternative, entrambe svantaggiose; se sceglie di aspettare nel circuito pubblico, rischia tempi di attesa lunghissimi; se paga di tasca propria, alimenta un mercato che contribuisce a mantenere inefficiente il sistema pubblico e che, alla fine, può ritardare ancor di più l'accesso alle prestazioni gratuite; il risultato è un circolo vizioso che trasforma la sanità in un grande affare economico più che in un servizio pubblico universalistico, con conseguenze pesanti per l'attuazione del diritto alla salute;

non si tratta di episodi isolati, purtroppo, ma di un modello che rischia di istituzionalizzare la doppia corsia: da un lato il pubblico sottofinanziato, lento, opaco; dall'altro il privato rapido e costoso, alimentato dalla stessa carenza strutturale del pubblico;

negli ultimi anni si sta assistendo in Italia a un processo sempre più evidente di progressiva espansione della sanità integrativa e dei fondi sanitari privati, che rischia di trasformarsi in un vero e proprio processo di «assicurativizzazione» del sistema

sanitario nazionale, in cui quote crescenti di prestazioni e di risorse vengono progressivamente spostate dal perimetro della fiscalità generale e del servizio pubblico universalistico verso strumenti assicurativi, fondi contrattuali e polizze private; tale fenomeno non è neutrale, né meramente complementare al Servizio sanitario nazionale, ma tende a ridefinire in profondità il modello di tutela della salute, introducendo meccanismi selettivi e segmentati di accesso alle cure, in cui la qualità, la tempestività e talvolta la stessa disponibilità delle prestazioni dipendono sempre più dalla posizione lavorativa, dal contratto collettivo applicato o dalla capacità individuale di sostenere premi assicurativi;

l'espansione della sanità integrativa, favorita anche da rilevanti agevolazioni fiscali e contributive, sta producendo una progressiva redistribuzione regressiva delle risorse pubbliche, poiché tali benefici fiscali avvantaggiano prevalentemente lavoratori stabilmente occupati e categorie con maggiore capacità contributiva, lasciando invece scoperti milioni di cittadini che non dispongono di coperture integrative; si sta così consolidando un sistema sanitario a più velocità, nel quale una parte della popolazione accede a prestazioni più rapide attraverso canali assicurativi o fondi integrativi, mentre chi dipende esclusivamente dal Servizio sanitario nazionale è costretto ad affrontare liste di attesa sempre più lunghe;

questo processo, lungi dall'essere contrastato, appare invece sempre più pregiudicatamente incentivato dalle scelte di politica sanitaria e fiscale di questo Governo, che da un lato continua a non garantire un adeguato finanziamento strutturale del Servizio sanitario nazionale e dall'altro favorisce l'espansione della sanità integrativa come strumento di compensazione delle carenze del sistema pubblico; una simile impostazione rischia di snaturare progressivamente il modello universalistico disegnato dalla Costituzione, trasformando la sanità pubblica in una rete di protezione residuale per chi non può permettersi forme di copertura privata;

in questo scenario le liste di attesa diventano paradossalmente uno dei principali fattori di spinta verso l'assicurativizzazione del sistema sanitario: più il servizio pubblico rallenta, più cresce la domanda di prestazioni a pagamento e di coperture assicurative, alimentando un circolo vizioso che rafforza il mercato sanitario privato e indebolisce ulteriormente il pilastro pubblico del diritto alla salute;

nel corso della XIX legislatura, il gruppo del Movimento 5 Stelle ha presentato numerose interrogazioni parlamentari per denunciare la mancata pubblicazione integrale delle agende, l'assenza di monitoraggio in tempo reale, l'inefficacia dei piani regionali, il conflitto di interessi strutturale derivante dall'*intramoenia* e la carenza di personale sanitario; interrogazioni che hanno ricevuto risposte evasive, generiche, prive di un cronoprogramma vincolante;

l'elusività e l'inerzia di questo Governo nel risolvere il grave problema delle liste di attesa sono d'altronde evincibili, oltreché da provvedimenti inattuati, anche dalla mancata approvazione e/o aggiornamento del nuovo Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, scaduto nel 2021, talché permane la vigenza del Pngla 2019-2021, siglato con Intesa Stato-Regioni a febbraio 2019 dall'allora Governo Conte I;

le liste di attesa producono un effetto devastante in termini di disuguaglianza sociale: chi ha risorse economiche accede alle cure in tempi brevi, chi non le ha è costretto ad attendere o a rinunciare; ciò determina un sistema classista, in aperta violazione del principio di uguaglianza sostanziale di cui all'articolo 3 della Costituzione;

le rinunce alle cure per motivi economici o per tempi di attesa eccessivi sono in aumento, e colpiscono soprattutto le fasce più fragili della popolazione: anziani, lavoratori precari, famiglie monoreddito, persone con disabilità e malattie croniche;

la regionalizzazione, in assenza di una regia nazionale forte, ha prodotto una sanità a ventuno velocità, nella quale il

luogo di residenza determina tempi di accesso, qualità delle prestazioni e probabilità di sopravvivenza; ciò costituisce una frattura intollerabile dell'unità sostanziale della Repubblica;

la mancata riforma del Titolo V della Costituzione continua ad alimentare disuguaglianze, conflitti di competenza e scaricabarile istituzionale, con un Governo che spesso si limita a richiamare le regioni senza esercitare fino in fondo i poteri sostitutivi previsti dall'ordinamento;

la carenza strutturale di personale sanitario, aggravata da anni di blocco delle assunzioni e da salari non competitivi rispetto agli standard europei, è una delle cause principali dell'allungamento delle liste, insieme a una programmazione inadeguata dei fabbisogni formativi e professionali;

il sistema di accreditamento del privato, così come attualmente configurato, ha favorito una progressiva esternalizzazione delle prestazioni più remunerative, lasciando al pubblico il carico delle urgenze, delle cronicità e delle fragilità, con un drenaggio di risorse e professionalità;

l'intramoenia, lungi dall'essere una soluzione transitoria, si è trasformata in un meccanismo strutturale che alimenta conflitti di interesse e incentiva indirettamente il mantenimento di liste di attesa elevate nel canale istituzionale;

non è più tollerabile che, a fronte di annunci mediatici e piani straordinari, i decreti attuativi restino nei cassetti dei Ministeri, mentre i cittadini attendono mesi per una mammografia, una risonanza magnetica, una visita cardiologica o oncologica;

non è più accettabile che i dati ufficiali non siano pienamente trasparenti, comparabili e verificabili, impedendo al Parlamento e ai cittadini di esercitare un controllo democratico effettivo;

non è più giustificabile che la spesa sanitaria venga compressa in nome di vincoli contabili, quando la salute rappresenta

un investimento con effetti moltiplicativi sull'economia e sulla coesione sociale;

non è più ammissibile che la spesa sanitaria sia sacrificata a dispetto delle enormi e spropositate risorse destinate invece al riarmo;

non è più rinviabile una riforma strutturale che restituisca centralità al servizio pubblico, valorizzi il lavoro sanitario e garantisca uniformità dei diritti su tutto il territorio nazionale;

le liste di attesa non sono un accidente amministrativo, ma il sintomo di un tradimento politico del dettato costituzionale;

la salute non è una merce, non è un privilegio per chi può pagare, non è un capitolo residuale di bilancio, ma è il fondamento della Repubblica;

ogni giorno di inerzia, ogni decreto non emanato, ogni agenda chiusa è una responsabilità politica precisa, che il nostro Paese non può più tollerare,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare con estrema urgenza, tutti i decreti attuativi ancora mancanti del decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024, con particolare riferimento a quello relativo alla metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del Servizio sanitario nazionale e a quello concernente le linee guida nazionali per la gestione delle agende e delle disdette, assumendosi la responsabilità politica di eventuali ulteriori ritardi e trasmettendo alle Camere una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della riforma, corredata da cronoprogramma vincolante;
- 2) a rendere pienamente operativa e trasparente la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, garantendo la pubblicazione in formato aperto, accessibile e comprensibile dei dati disaggregati per regione, azienda sanitaria, struttura erogatrice, tipologia di prestazione e classe

- di priorità, distinguendo in modo netto e non aggregato tra attività istituzionale e attività libero-professionale *intramoenia*, affinché cittadini, Parlamento e organi di controllo possano verificare in tempo reale l'effettivo rispetto dei tempi massimi previsti dal Pngla;
- 3) ad assumere iniziative di competenza, anche normative, volte a modificare radicalmente gli indicatori di monitoraggio dei tempi di attesa, superando l'uso esclusivo di mediane e quartili e introducendo l'obbligo di pubblicazione della percentuale effettiva di prestazioni erogate entro i tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità, nonché della quota di cittadini che supera tali limiti, al fine di eliminare ogni opacità metodologica e ogni possibile rappresentazione edulcorata del fenomeno;
 - 4) ad esercitare pienamente i poteri sostitutivi previsti dell'ordinamento nei confronti delle regioni inadempienti, qualora si riscontrino reiterate violazioni dei tempi massimi di erogazione o gravi carenze organizzative, assumendo iniziative normative per prevedere meccanismi sanzionatori effettivi, inclusa la sospensione o rimodulazione delle quote di finanziamento aggiuntivo, e valutando la sussistenza dei presupposti per la nomina di commissari nei casi di perdurante inadempienza;
 - 5) ad adottare iniziative normative, con carattere di urgenza, per una riforma organica e strutturale della disciplina della libera professione intramuraria, fondata sul principio inderogabile della prevalenza assoluta dell'attività istituzionale rispetto a quella libero-professionale, stabilendo che, per ciascun professionista e per ciascuna unità operativa, il volume delle prestazioni erogate e il valore economico generato dall'attività *intramoenia* non possano in alcun caso superare quelli dell'attività resa in regime ordinario a carico del Servizio sanitario nazionale;
 - 6) ad assumere iniziative di carattere normativo volte a prevedere che il principio inderogabile della prevalenza assoluta dell'attività istituzionale rispetto a quella libero-professionale non sia meramente dichiarativo ma sia accompagnato da strumenti cogenti di controllo, imponendo la piena tracciabilità e pubblicazione in tempo reale delle agende, dei tempi di attesa distinti tra canale istituzionale e libero-professionale, dei volumi di attività e dei relativi introiti, in formato aperto e accessibile, introducendo a tal fine un sistema di verifiche periodiche obbligatorie a cura di Agenas e del Ministero della salute, con obbligo di trasmissione dei dati al Parlamento;
 - 7) ad adottare iniziative normative al fine di stabilire un regime sanzionatorio automatico e progressivo in caso di violazione dei limiti fissati per l'*intramoenia*, comprendente la sospensione temporanea dell'autorizzazione all'esercizio dell'*intramoenia*, la decadenza dagli incarichi di responsabilità, la riduzione della retribuzione di risultato e, nei casi reiterati o particolarmente gravi, la revoca definitiva dell'autorizzazione;
 - 8) ad assumere iniziative normative al fine di vietare espressamente qualsiasi forma di chiusura arbitraria delle agende istituzionali in presenza di disponibilità per l'attività libero-professionale, configurando tale condotta come grave inadempimento disciplinare e gestionale;
 - 9) a garantire che l'*intramoenia* torni a essere uno strumento residuale e regolato, e non un canale strutturalmente concorrente e sostitutivo dell'attività pubblica, adottando iniziative volte a eliminare ogni incentivo economico o organizzativo che possa determinare conflitti di interesse o distorsioni nell'accesso equo alle cure;
 - 10) ad avviare, in parallelo e in modo non meramente esplorativo ma concreto, una valutazione finalizzata ad assumere iniziative normative per il progressivo superamento dell'istituto dell'*intramoenia* quale modalità ordina-

- ria di esercizio della libera professione all'interno delle strutture pubbliche, nella consapevolezza che l'attuale assetto rischia di istituzionalizzare un sistema a doppia corsia incompatibile con il principio di uguaglianza sostanziale di cui all'articolo 3 della Costituzione, predisponendo, a tal fine, un piano pluriennale di riallineamento delle retribuzioni del personale medico e sanitario agli standard europei, attraverso un significativo incremento della componente stipendiale fissa e non accessoria, riducendo la dipendenza economica dalla libera professione;
- 11) a garantire condizioni di lavoro dignitose, carichi sostenibili, dotazioni organiche adeguate e percorsi di carriera trasparenti, affinché l'attrattività del servizio pubblico non sia legata alla possibilità di integrare il reddito mediante prestazioni a pagamento; a presentare alle Camere, entro un termine definito, una relazione tecnico-economica che quantifichi l'impatto finanziario, organizzativo e sociale del superamento dell'*intramoenia*, indicando le coperture necessarie e le modalità attuative; a riaffermare, in definitiva, che il diritto alla salute non può essere subordinato alla capacità di spesa del cittadino e che la piena valorizzazione del lavoro sanitario deve avvenire attraverso una remunerazione equa e pubblicamente garantita, non attraverso la strutturazione di un mercato interno alla sanità pubblica;
- 12) ad assumere iniziative normative volte a introdurre l'obbligo di pubblicazione integrale e tempestiva delle agende di prenotazione, vietando la chiusura arbitraria delle stesse e garantendo che ogni prestazione, prescritta trovi sempre una prima disponibilità prenotabile;
- 13) ad adottare iniziative anche di carattere normativo al fine di varare un piano straordinario pluriennale di assunzioni e stabilizzazioni del personale sanitario, superando definitivamente il tetto di spesa per il personale e adeguando le dotazioni organiche agli standard europei, con particolare attenzione alle specialità maggiormente coinvolte nelle liste di attesa, alla medicina territoriale e ai servizi diagnostici, riconoscendo che la riduzione strutturale dei tempi di attesa non può prescindere da un investimento massiccio sul capitale umano;
- 14) ad accelerare con urgenza l'attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza in materia di sanità territoriale, assicurando il pieno rispetto delle scadenze relative alla realizzazione e all'effettiva operatività delle case della comunità, degli ospedali di comunità e delle centrali operative territoriali, nonché garantendo le risorse necessarie per il reclutamento e la stabilizzazione del personale sanitario indispensabile al loro funzionamento, integrando concretamente queste nuove infrastrutture nel sistema di governo della domanda sanitaria e delle agende di prenotazione, rafforzando il ruolo della medicina territoriale nella presa in carico dei pazienti cronici, nella gestione delle prestazioni a bassa e media complessità e nell'orientamento appropriato verso la specialistica ambulatoriale, nella consapevolezza che solo un territorio forte, capace di intercettare e gestire precocemente i bisogni di salute, può contribuire in modo strutturale alla riduzione delle liste di attesa e al riequilibrio complessivo del Servizio sanitario nazionale;
- 15) ad assumere iniziative normative volte a rivedere il sistema di accreditamento e remunerazione del privato convenzionato, subordinando il rinnovo degli accreditamenti e dei *budget* alla dimostrazione di un contributo effettivo alla riduzione delle liste di attesa nel canale istituzionale, impedendo che risorse pubbliche finanzino prioritariamente prestazioni più remunerative o attività che alimentano

- la competizione con il servizio pubblico anziché la sua integrazione;
- 16) a predisporre un nuovo Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, aggiornato al mutato contesto epidemiologico e demografico, in continuità con il Pngla 2019-2021, definendo obiettivi quantitativi vincolanti, indicatori omogenei su scala nazionale, strumenti di controllo indipendenti e una *governance* centrale forte, capace di garantire uniformità dei diritti su tutto il territorio nazionale;
- 17) ad adottare le iniziative normative necessarie finalizzate a delineare una revisione organica della disciplina della responsabilità professionale sanitaria, volta a ridurre in modo significativo il ricorso alla medicina difensiva, anche attraverso l'introduzione di meccanismi deflattivi del contenzioso quali procedure obbligatorie di conciliazione e strumenti di risoluzione alternativa delle controversie ed un programma nazionale per l'appropriatezza prescrittiva, con monitoraggio sistematico delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately nonché attraverso la rimozione dei fattori che alimentano l'iperprescrizione e la distorsione difensiva dell'atto medico;
- 18) ad arrestare il processo di progressiva assicurativizzazione della sanità italiana e a riaffermare con iniziative normative e di indirizzo politico la centralità del Servizio sanitario nazionale quale strumento primario e non sostituibile di tutela del diritto alla salute, provvedendo a una revisione organica della disciplina della sanità integrativa e dei fondi sanitari, affinché essi tornino a svolgere un ruolo realmente complementare e non sostitutivo rispetto ai livelli essenziali di assistenza garantiti dal servizio pubblico, rivedendo anche il regime delle agevolazioni fiscali riconosciute ai fondi sanitari e alle polizze assicurative, subordinandole a criteri stringenti di integrazione con il Servizio sanitario nazionale e impedendo che risorse pubbliche indirette alimentino circuiti di sanità parallela, nonché monitorando in modo trasparente i volumi di prestazioni erogate attraverso fondi e assicurazioni sanitarie e il loro impatto sull'accesso alle cure, riaffermando con chiarezza che la salute non può essere trasformata in un mercato assicurativo, né subordinata alla capacità individuale di acquisto, ma deve restare un diritto fondamentale garantito in condizioni di uguaglianza a tutte le persone che vivono nel territorio della Repubblica;
- 19) ad adottare iniziative normative volte a rafforzare in modo strutturale la separazione tra indirizzo politico e gestione amministrativa nel Servizio sanitario nazionale, prevedendo procedure di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi pienamente trasparenti, basate su criteri oggettivi di competenza ed esperienza, con commissioni di valutazione indipendenti, istituzione di graduatorie pubbliche e nazionali e verbalizzazione pubblica dei punteggi attribuiti; a introdurre contratti di mandato fondati su obiettivi misurabili, con particolare riferimento alla riduzione delle liste di attesa, al rispetto dei tempi massimi di erogazione e alla trasparenza dei dati; a garantire sistemi di valutazione periodica realmente indipendenti e consequenziali in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, evitando revoche arbitrarie legate a mutamenti politici; a rafforzare le incompatibilità e i presidi anticorruzione nei rapporti con il privato accreditato; a promuovere una cultura della responsabilità gestionale orientata ai risultati e alla tutela effettiva del diritto alla salute, nella consapevolezza che solo una dirigenza autonoma, competente e valutata su basi oggettive può assicurare un governo efficiente, imparziale e uniforme del sistema sanitario su tutto il territorio nazionale;
- 20) ad assumere iniziative normative al fine di istituire una relazione annuale

- al Parlamento sullo stato di attuazione del diritto alla tempestività delle cure, contenente dati certificati, comparazioni territoriali, analisi delle criticità e indicazione delle misure correttive adottate, affinché il controllo democratico su un diritto fondamentale non sia episodico ma strutturale e continuo;
- 21) a promuovere iniziative normative, anche di rango costituzionale, per una riforma organica della *governance* sanitaria nazionale, anche attraverso una revisione del quadro costituzionale e del Titolo V, volta a rafforzare la regia unitaria dello Stato nella definizione dei livelli essenziali di assistenza e nella garanzia uniforme dei tempi di accesso alle prestazioni, ponendo fine alla frammentazione che ha prodotto una sanità diseguale e territorialmente discriminatoria;
- 22) ad assumere iniziative volte a trasferire le risorse destinate al riarmo per destinare risorse aggiuntive e strutturali al Fondo sanitario nazionale, sottraendo la spesa sanitaria alla logica dei meri vincoli contabili e riconoscendola come investimento strategico

per la crescita, la coesione sociale e la tutela dei diritti fondamentali, nella consapevolezza che ogni euro sottratto alla sanità pubblica si traduce in maggiori disuguaglianze, maggiore spesa privata e indebolimento del patto costituzionale.

(1-00553) (*Nuova formulazione*) « Conte, Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro, Riccardo Ricciardi, Auriemma, Ilaria Fontana, Alifano, Santillo ».

Trasformazione di documenti del sindacato ispettivo.

I seguenti documenti sono stati così trasformati su richiesta dei presentatori:

interrogazione a risposta in Commissione Manzi n. 5-03823 del 2 aprile 2025 in interrogazione a risposta scritta n. 4-07255;

interrogazione a risposta in Commissione Gadda n. 5-04663 del 12 novembre 2025 in interrogazione a risposta orale n. 3-02545;

interrogazione a risposta in Commissione Caso e altri n. 5-05006 del 5 febbraio 2026 in interrogazione a risposta orale n. 3-02544.

Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S.p.A.



19ALB0185850