**735.** **Allegato A**

# DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA

# COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

## INDICE


| | PAG. |
|---|---|
| **Comunicazioni** | 3 |
| Missioni valevoli nella seduta del 28 ottobre 2026 | 3 |
| Progetti di legge (Annunzio; Ritiro di proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente) | 3, 4 |
| Commissione parlamentare di vigilanza sull'anagrafe tributaria (Trasmissione di un documento) | 4 |
| Corte dei conti (Trasmissione di documenti). | 5 |
| Documenti ministeriali (Trasmissione) | 5 |
| Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio) | 6 |
| Nomine ministeriali (Comunicazione) | 6 |
| Richiesta di parere parlamentare su atti del Governo | 6 |
| Atti di controllo e di indirizzo | 7 |
| **Disegno di legge: Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (A.C. 2700-A)** | 8 |
| Ordini del giorno | 8 |
| **Proposta di legge: Iezzi ed altri: Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, in materia di acquisto e di revoca della cittadinanza (A.C. 2124-A)** | 51 |
| Questioni pregiudiziali | 51 |
| **Interrogazioni a risposta immediata** | 59 |
| Iniziative urgenti per l'assegnazione delle risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza ai comuni beneficiari – 3-02980 | 59 |
| Iniziative di competenza in ordine ai recenti episodi di violenza che minacciano la sicurezza dello Stato e l'ordine pubblico – 3-02981 | 60 |
| Risultati conseguenti alle iniziative in materia di sicurezza adottate dal Governo – 3-02982 | 60 |
| Iniziative normative per la creazione di un commissario straordinario per il contrasto all'erosione costiera – 3-02983 | 61 |


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

PAG.

Iniziative per la nomina di un commissario straordinario per la messa in sicurezza del litorale apuano e versiliese – 3-02984 ..... 62

Iniziative urgenti al fine di accelerare la connessione e l'entrata in esercizio degli impianti fotovoltaici classificati *ready-to-build* – 3-02985 ..... 63

Iniziative e chiarimenti riguardo al costo del gas anche con riferimento al divieto di acquisto del gas russo – 3-02986..... 64

PAG.

Chiarimenti in ordine alla mancata valutazione autonoma di soluzioni alternative al progetto definitivo del Ponte sullo Stretto di Messina – 3-02987 ..... 64

Intendimenti in ordine alla semplificazione dei procedimenti in materia ambientale, con particolare riferimento all'autorizzazione unica regionale – 3-02988..... 65

Iniziative per l'implementazione di contratti per differenza a due vie nell'ambito del regime concessorio delle derivazioni idroelettriche – 3-02989..... 66

# *COMUNICAZIONI*

## Missioni valevoli nella seduta del 28 ottobre 2026.

Albano, Ascani, Barbagallo, Barelli, Battistoni, Bellucci, Benvenuto, Bicchielli, Bignami, Bonetti, Boschi, Braga, Brambilla, Bruzzone, Caiata, Calderone, Cappellacci, Casasco, Cavandoli, Cecchetti, Centemero, Cesa, Cirielli, Colosimo, Alessandro Colucci, Enrico Costa, Sergio Costa, Deidda, Della Vedova, Donzelli, Ferrante, Ferro, Foti, Frassinetti, Freni, Gallo, Gardini, Gava, Gebhard, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Gribaudo, Grippo, Gruppioni, Guerini, Gusmeroli, Leo, Lollobrigida, Loperfido, Lucaselli, Lupi, Magi, Mangialavori, Maschio, Mazzi, Meloni, Michelotti, Minardo, Molinari, Mollicone, Molteni, Morrone, Mulè, Nordio, Osnato, Pagano, Pellegrini, Pichetto Fratin, Pittalis, Pizzimenti, Prisco, Rampelli, Riccardo Ricciardi, Richetti, Rixi, Rizzetto, Roccella, Romano, Rosato, Roscani, Angelo Rossi, Rotelli, Scerra, Schullian, Semenzato, Siracusano, Sportiello, Tajani, Trancassini, Traversi, Tremonti, Vaccari, Varchi, Vinci, Zanella, Ziello, Zoffili.

*(Alla ripresa pomeridiana della seduta).*

Albano, Ascani, Barbagallo, Barelli, Battistoni, Bellucci, Benvenuto, Bicchielli, Bignami, Bonetti, Boschi, Braga, Brambilla, Bruzzone, Caiata, Calderone, Cappellacci, Casasco, Cavandoli, Cecchetti, Centemero, Cesa, Cirielli, Colosimo, Alessandro Colucci, Enrico Costa, Sergio Costa, Deidda, Della Vedova, Donzelli, Ferrante, Ferro, Foti, Frassinetti, Freni, Gallo, Gava, Gebhard, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Gribaudo, Grippo, Gruppioni, Guerini, Gusmeroli, Leo, Lollobrigida, Loperfido, Lucaselli, Lupi, Magi, Mangialavori, Maschio, Mazzi, Meloni, Michelotti, Minardo, Molinari, Mollicone, Molteni, Morrone, Mulè, Nordio, Osnato, Pagano, Patriarca, Pellegrini, Pichetto Fratin, Pittalis, Pizzimenti, Prisco, Rampelli, Riccardo Ricciardi, Richetti, Rixi, Rizzetto, Roccella, Romano, Rosato, Angelo Rossi, Rotelli, Scerra, Schullian, Semenzato, Siracusano, Sportiello, Tajani, Trancassini, Traversi, Tremonti, Vaccari, Varchi, Vinci, Zanella, Ziello, Zoffili.

## Annunzio di proposte di legge.

In data 27 ottobre 2026 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

PANIZZUT: « Istituzione della Giornata nazionale del cane guida e del cane di assistenza » (3165);

CARETTA e CIABURRO: « Concessione di agevolazioni tributarie e contributive per l'erogazione di mensilità aggiuntive della retribuzione per ogni figlio nato o adottato, nonché modifica all'articolo 18 della legge 22 maggio 2017, n. 81, in materia di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile da parte delle lavoratrici e dei lavoratori con figli fino a dodici anni di età o disabili » (3166);

MONTEMAGNI: « Introduzione dell'articolo 219-*ter* del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, e altre disposizioni concernenti il sistema nazionale di depo-

sito cauzionale e restituzione degli imballaggi monouso per bevande, la tutela degli utilizzatori e la verifica indipendente dei dati » (3167);

AMORESE: « Modifica dell'articolo 15 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, in materia di adozione di libri scolastici provvisti di versione digitale » (3168);

BERRUTO: « Istituzione del Servizio nazionale sportivo e disposizioni concernenti la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni volte a garantire il diritto di accesso alla pratica sportiva » (3169).

Saranno stampate e distribuite.

**Ritiro di proposte di legge.**

In data 22 ottobre 2026 la deputata Caretta ha comunicato, anche a nome della cofirmataria, di ritirare la seguente proposta di legge:

CARETTA e CIABURRO: « Concessione di un'agevolazione contributiva in favore dei datori di lavoro che erogano mensilità aggiuntive ai lavoratori per ogni figlio nato o adottato, nonché modifica all'articolo 18 della legge 22 maggio 2017, n. 81, in materia di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile da parte delle lavoratrici e dei lavoratori con figli fino a dodici anni di età o disabili » (3160).

La proposta di legge sarà pertanto cancellata dall'ordine del giorno.

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

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

*II Commissione (Giustizia):*

SCHULLIAN e GEBHARD: « Modifica all'articolo 5 del regio decreto 28 marzo 1929, n. 499, in materia di iscrizione di accordi di mediazione che accertano l'usucapione nel libro fondiario » (14) *Parere della I Commissione*;

SCHULLIAN e GEBHARD: « Modifica all'articolo 13 della legge 31 dicembre 2012, n. 247, in materia di esercizio dell'attività dell'avvocato a proprio favore » (17) *Parere della I Commissione;*

SCHULLIAN: « Modifica all'articolo 169 del codice dei beni culturali e del paesaggio, di cui al decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42, in materia di sanzioni per opere illecite eseguite su beni culturali » (18) *Parere delle Commissioni I, V, VII e VIII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali*;

PASTORINO e BAKKALI: « Disposizioni in materia di sospensione dell'attività, scioglimento e confisca dei beni di gruppi, organizzazioni, movimenti, associazioni e partiti di carattere fascista o che propugnano la discriminazione per motivi razziali, etnici, nazionali o religiosi » (810) *Parere delle Commissioni I e V;*

*XIII Commissione (Agricoltura):*

DEBORAH BERGAMINI: « Modifiche alla legge 24 dicembre 2004, n. 313, e altre disposizioni in materia di apicoltura nonché delega al Governo per la semplificazione normativa e la tutela del settore apistico nazionale » (1378) *Parere delle Commissioni I, II (*ex *articolo 73, comma 1-*bis*, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V, VI (*ex *articolo 73, comma 1-*bis*, del Regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria), VII, VIII, X, XII e XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

**Trasmissione dalla Commissione parlamentare di vigilanza sull'anagrafe tributaria.**

Il presidente della Commissione parlamentare di vigilanza sull'anagrafe tributaria, con lettera in data 28 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 144, comma 3, del Regolamento della Camera, il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva

su misure di contrasto all'evasione fiscale, sicurezza delle banche dati dell'anagrafe tributaria e tutela della riservatezza dei dati dei contribuenti, approvato il 28 ottobre 2026 dalla Commissione medesima (Doc. XVII-*bis* n. 9).

Tale documento sarà stampato e distribuito.

**Trasmissione dalla Corte dei conti.**

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 27 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Opera nazionale di assistenza per il personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, per l'esercizio 2024, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 679).

Questi documenti sono trasmessi alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla V Commissione (Bilancio).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 28 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Autorità di sistema portuale del Mare Adriatico meridionale, per gli esercizi 2023 e 2024, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 680).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla IX Commissione (Trasporti).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 28 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria del Club alpino italiano (CAI), per l'esercizio 2024, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 681).

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

**Trasmissione dal Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.**

Il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, con lettera in data 27 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 9 della legge 15 ottobre 1991, n. 344, la relazione sullo stato di attuazione della legge 26 dicembre 1981, n. 763, recante provvedimenti in favore dei profughi italiani, riferita all'anno 2025 (Doc. CVI, n. 4).

Questa relazione è trasmessa alla III Commissione (Affari esteri).

Il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, con lettera in data 27 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, della legge 29 ottobre 1997, n. 374, la relazione sullo stato di attuazione della medesima legge n. 374 del 1997, recante norme per la messa al bando delle mine antipersona, riferita al primo semestre 2026 (Doc. CLXXXII, n. 9).

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

**Trasmissione dal Ministro della salute.**

Il Ministro della salute, con lettera in data 28 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 47-*ter*, comma 1, lettera *b-bis)*, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, e dell'articolo 3, comma 7, del decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, la relazione sul monitoraggio dei livelli essen-

ziali di assistenza attraverso il nuovo sistema di garanzia, riferita all'anno 2024 (Doc. CCXXI, n. 5).

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

**Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.**

La Commissione europea, in data 27 ottobre 2026, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, la proposta di regolamento del Consiglio relativo alla ripartizione delle possibilità di pesca a norma del protocollo di attuazione dell'accordo di partenariato per una pesca sostenibile tra l'Unione europea e la Repubblica di Maurizio (2026-2030) (COM(2026) 547 final), che è assegnata, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alla XIII Commissione (Affari sociali), con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Il Dipartimento per gli affari europei della Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 27 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 1 e 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, progetti di atti dell'Unione europea, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi.

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

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

Proposta di decisione di esecuzione del Consiglio che stabilisce il rispetto soddisfacente delle condizioni per il versamento parziale della nona rata nell'ambito del piano per l'Ucraina dello strumento per l'Ucraina (COM(2026) 583 final);

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo agli appalti pubblici e alle concessioni, che abroga le direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE e modifica i regolamenti (CE) n. 1370/2007, (UE) 2023/1542, (UE) 2024/1157, (UE) 2024/1252, (UE) 2024/1735, (UE) 2024/1781, (UE) 2024/2847, (UE) 2024/3110 e (UE) 2025/40 e le direttive 2008/98/CE, (UE) 2019/882, (UE) 2022/2381, (UE) 2023/1791 e (UE) 2024/1760 (regolamento sugli appalti pubblici) (COM(2026) 590 final).

**Comunicazione di nomine ministeriali.**

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettere in data 27 ottobre 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19, comma 9, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le seguenti comunicazioni concernenti il conferimento, ai sensi del comma 4 del medesimo articolo 19, di incarichi di funzione dirigenziale di livello generale, che sono trasmesse alla I Commissione (Affari costituzionali), nonché alle sottoindicate Commissioni:

*alla IV Commissione (Difesa) la comunicazione concernente il conferimento del seguente incarico nell'ambito del Ministero della difesa:*

al dottor Andrea Fannini, l'incarico di direttore della Direzione generale della previdenza militare e della leva;

*alla V Commissione (Bilancio) la comunicazione concernente il conferimento del seguente incarico nell'ambito del Ministero dell'economia e delle finanze:*

al dottor Enrico Gallo, l'incarico di direttore dell'Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero del turismo, nell'ambito del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

**Richiesta di parere parlamentare su atti del Governo.**

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 28 ottobre 2026,

ha trasmesso, ai sensi degli articoli 1, comma 6, e 21 della legge 9 agosto 2023, n. 111, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto legislativo recante interventi di coordinamento e correttivi di disposizioni emanate in attuazione della delega fiscale (451).

Questa richiesta è assegnata, ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento, alla VI Commissione (Finanze) e, per le conseguenze di carattere finanziario, alla V Commissione (Bilancio), che dovranno esprimere i prescritti pareri entro il 27 novembre 2026.

**Atti di controllo e di indirizzo.**

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

# *DISEGNO DI LEGGE: DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE E DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE (A.C. 2700-A)*

***A.C. 2700-A – Ordini del giorno***

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame dichiara, tra le proprie finalità, il potenziamento del Servizio sanitario nazionale e il rafforzamento delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza, nel rispetto della dignità della persona e della centralità dei bisogni del paziente;

il provvedimento delega il Governo a intervenire su aspetti decisivi dell'organizzazione delle professioni sanitarie, dalla formazione alla valorizzazione delle competenze, dalle condizioni di lavoro alla disciplina degli Ordini professionali;

l'articolo 10 stabilisce tuttavia che dall'attuazione della delega non debbano derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ponendo una contraddizione tra gli obiettivi dichiarati e le risorse effettivamente destinate a conseguirli;

la crisi del Servizio sanitario nazionale non dipende soltanto da problemi ordinamentali o burocratici, ma anche dalla carenza di personale, dalla difficoltà di reclutamento, dai carichi di lavoro, dalla perdita di attrattività del lavoro pubblico e dalle diseguaglianze territoriali nell'accesso alle cure;

l'adozione di nuove regole, obblighi formativi, sistemi di certificazione e procedure organizzative senza adeguate risorse rischia di tradursi in ulteriori adempimenti per professionisti e amministrazioni, senza un corrispondente miglioramento dei servizi erogati ai cittadini;

il diritto alla tutela della salute, riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione, richiede una programmazione coerente tra obiettivi normativi, fabbisogni assistenziali e risorse disponibili;

la sostenibilità finanziaria non può essere perseguita trasferendo sulle strutture sanitarie, sui professionisti o sui cittadini il costo dell'inadeguatezza delle risorse e dei decisori pubblici,

impegna il Governo:

a valutare gli effetti applicativi del richiamato articolo 10 del provvedimento in esame, al fine di adottare ulteriori iniziative normative volte a individuare, nell'ambito della prossima programmazione economico-finanziaria, le risorse necessarie al rafforzamento strutturale del Servizio sanitario nazionale, con particolare riguardo alle assunzioni stabili, alla formazione, alla sicurezza dei luoghi di lavoro, alla valorizzazione professionale e al potenziamento dei servizi territoriali;

a trasmettere alle Camere, prima dell'adozione dei decreti legislativi attuativi,

una relazione che illustri gli effetti attesi sui livelli di assistenza, sugli organici, sui carichi di lavoro e sulla spesa pubblica.

9/2700-A/**27**. Caso.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento interviene sulle professioni sanitarie dichiarando di voler rendere il sistema più attrattivo e adeguato ai bisogni assistenziali, ma non affronta in modo strutturale il complesso delle condizioni che spingono una parte crescente dei professionisti ad abbandonare il Servizio sanitario nazionale;

l'articolo 3 del provvedimento in esame declina i princìpi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario finalizzati a al riordino delle forme di lavoro flessibile dei medici in formazione specialistica, alla regolamentazione di tempi di permanenza minima obbligatoria nelle aree disagiate, al mantenimento in servizio del personale sanitario, alla semplificazione delle attività amministrative che gravano sul personale sanitario, alla garanzia della sicurezza, alla premialità anche con riguardo alla riduzione delle liste d'attesa, al fabbisogno dei medici specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica; il tutto ad invarianza finanziaria;

la carenza di personale non si traduce soltanto in posti vacanti, ma anche in turni aggiuntivi, ricorso allo straordinario, difficoltà nella conciliazione tra vita professionale e vita privata, riduzione del tempo dedicato ai pazienti e maggiore esposizione al rischio di errori;

il fenomeno delle dimissioni volontarie e della mobilità verso il settore privato o verso altri Paesi non può essere contrastato esclusivamente attraverso misure ordinamentali, procedure amministrative o interventi sulla formazione;

il riconoscimento del valore delle professioni sanitarie deve tradursi in retribuzioni adeguate, prospettive di carriera, stabilità occupazionale, sicurezza, formazione continua e condizioni di lavoro compatibili con la responsabilità delle funzioni svolte;

l'eventuale ricorso a forme di lavoro flessibile per i medici in formazione specialistica non deve diventare uno strumento per coprire stabilmente carenze di organico, né compromettere la qualità della formazione e la supervisione dei professionisti in formazione;

la programmazione del personale deve tenere conto non soltanto dei pensionamenti e dei posti disponibili, ma anche delle dimissioni, della distribuzione territoriale, dei bisogni epidemiologici e dell'evoluzione della domanda di assistenza,

impegna il Governo

nell'ambito della delega di cui all'articolo 3 del provvedimento in esame, richiamato in premessa:

ad adottare ogni iniziative di competenza atta a privilegiare le assunzioni a tempo indeterminato e a circoscrivere il ricorso al lavoro flessibile a esigenze temporanee ed eccezionali, favorendo il confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

a prevedere misure di valorizzazione economica e professionale, sviluppo delle competenze, progressione di carriera e miglioramento delle condizioni di lavoro, anche attraverso la riduzione dei carichi incompatibili con la sicurezza delle cure e la promozione del benessere organizzativo;

a definire indicatori nazionali per monitorare le cessazioni dal servizio, le dimissioni volontarie, le vacanze di organico, il ricorso alle esternalizzazioni e la capacità delle aziende di trattenere il personale, rendendo pubblici i risultati con periodicità definita.

9/2700-A/**28**. Carotenuto.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 3 del provvedimento in esame declina i princìpi e criteri direttivi

specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario finalizzati a al riordino delle forme di lavoro flessibile dei medici in formazione specialistica, alla regolamentazione di tempi di permanenza minima obbligatoria nelle aree disagiate, al mantenimento in servizio del personale sanitario, alla semplificazione delle attività amministrative che gravano sul personale sanitario, alla garanzia della sicurezza, alla premialità anche con riguardo alla riduzione delle liste d'attesa, al fabbisogno dei medici specializzandi in relazione a ciascuna specializzazione medica; il tutto ad invarianza finanziaria;

il provvedimento contempla, dunque, anche misure relative alla permanenza dei professionisti sanitari presso strutture situate in aree disagiate, comprese le isole minori, con l'obiettivo di contrastare la distribuzione disomogenea del personale;

la carenza di medici e degli altri professionisti sanitari nelle aree interne, montane, insulari e periferiche compromette la continuità assistenziale e determina diseguaglianze nell'accesso ai servizi, particolarmente gravi per le persone anziane, con disabilità o affette da patologie croniche;

la difficoltà di reclutamento in tali territori è spesso collegata a fattori strutturali: isolamento geografico, carenza di servizi, limitate possibilità di sviluppo professionale, insufficienza degli organici e condizioni lavorative meno attrattive;

l'introduzione di obblighi di permanenza, se non accompagnata da adeguati incentivi economici, logistici e professionali, rischia di affrontare soltanto formalmente il problema, senza favorire una scelta consapevole e duratura dei professionisti;

la continuità dell'assistenza non può essere garantita esclusivamente attraverso vincoli individuali, ma richiede servizi funzionanti, *équipe* multidisciplinari, alloggi adeguati, collegamenti efficienti e opportunità formative;

le politiche per le aree disagiate devono rispettare la proporzionalità degli obblighi eventualmente previsti, la tutela dei diritti dei lavoratori e la necessità di evitare che le aree periferiche diventino sedi di assegnazione temporanea dalle quali il personale si allontana appena possibile,

impegna il Governo

a definire, in sede di attuazione della delega, un programma nazionale per il rafforzamento dei servizi sanitari nei territori carenti, privilegiando strumenti di attrazione e permanenza del personale basati su condizioni concrete e verificabili, attraverso:

incentivi economici aggiuntivi e differenziati in relazione alla gravità della carenza e alle caratteristiche territoriali;

misure per garantire alloggi, trasporti e servizi essenziali ai professionisti assegnati alle aree più isolate;

percorsi di carriera, formazione specialistica e aggiornamento professionale compatibili con il lavoro nei territori periferici;

il potenziamento delle *équipe* territoriali, della medicina di prossimità e dei servizi di emergenza-urgenza.

9/2700-A/**29**. Di Lauro.

La Camera,

premesso che:

nel corso dell'esame in sede referente del provvedimento è stata introdotta, all'articolo 3, comma 1, la nuova lettera *h)*, volta a prevedere, per i professionisti stranieri autorizzati a esercitare temporaneamente un'attività professionale sanitaria in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali, l'obbligo di iscrizione in appositi elenchi speciali e la verifica della conoscenza della lingua italiana da parte dei rispettivi Ordini professionali;

la disposizione interviene su una materia particolarmente delicata, nella quale devono essere garantiti contemporaneamente il diritto alla salute, la sicurezza dei pazienti, la qualità delle prestazioni e il

rispetto dei requisiti che regolano l'accesso alle professioni sanitarie;

il riconoscimento delle qualifiche professionali conseguite all'estero costituisce una procedura finalizzata a verificare la corrispondenza dei titoli e dei percorsi formativi ai requisiti previsti dall'ordinamento italiano, anche attraverso eventuali misure compensative nei casi in cui emergano differenze sostanziali;

le deroghe al riconoscimento delle qualifiche professionali, introdotte e prorogate negli anni per far fronte a situazioni emergenziali e a carenze di personale, avrebbero dovuto mantenere carattere eccezionale, temporaneo e strettamente collegato alle condizioni che ne avevano giustificato l'introduzione;

la reiterazione di tali deroghe rischia, invece, di trasformare una misura straordinaria in uno strumento ordinario di reclutamento, rinviando indefinitamente la verifica dei titoli e delle competenze e indebolendo la distinzione tra l'autorizzazione temporanea all'esercizio e il pieno riconoscimento della qualifica professionale;

l'introduzione dell'obbligo di iscrizione agli elenchi speciali e della verifica della conoscenza della lingua italiana da parte degli Ordini professionali rappresenta un elemento di garanzia, ma non può essere considerata, di per sé, sufficiente a compensare l'assenza o il differimento della procedura di riconoscimento della qualifica, né a dimostrare l'equivalenza della formazione ricevuta e delle competenze professionali possedute;

la conoscenza della lingua italiana costituisce, in ambito sanitario, un requisito importante per comprendere la documentazione clinica, comunicare efficacemente con i pazienti e i colleghi, acquisire il consenso informato, gestire le situazioni di emergenza e prevenire errori che possano compromettere la sicurezza delle cure; tale verifica deve pertanto essere effettiva, rigorosa e adeguata alla specifica professione esercitata;

gli Ordini professionali, chiamati a verificare la conoscenza linguistica e a vigilare sul rispetto delle regole deontologiche, devono poter disporre di criteri omogenei, procedure trasparenti e strumenti adeguati, senza che l'introduzione degli elenchi speciali si traduca in una riduzione delle garanzie rispetto al regime ordinario;

il ricorso reiterato alle deroghe non può diventare una risposta strutturale alle carenze di personale del Servizio sanitario nazionale, che richiedono invece politiche organiche di reclutamento, stabilizzazione, valorizzazione economica e professionale degli operatori, nonché il miglioramento delle condizioni di lavoro,

impegna il Governo:

a chiarire e delimitare rigorosamente l'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 1, lettera *h)*, affinché l'autorizzazione temporanea all'esercizio in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie mantenga carattere realmente eccezionale, temporaneo e motivato, evitando che la reiterazione delle deroghe determini un progressivo svuotamento delle procedure ordinarie di riconoscimento dei titoli;

ad assicurare procedure di riconoscimento dei titoli accessibili e tempestive, prevedendo, ove necessario, misure compensative, percorsi integrativi o verifiche delle competenze, affinché il ricorso alle deroghe non si traduca nel rinvio indefinito dell'accertamento dei requisiti professionali;

ad adottare ogni iniziativa di competenza atta ad affrontare le carenze di personale sanitario attraverso un piano strutturale di rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, fondato su assunzioni, stabilizzazioni e valorizzazione delle professionalità, affinché le deroghe al riconoscimento delle qualifiche non diventino la risposta ordinaria alle insufficienze delle politiche di programmazione e reclutamento.

9/2700-A/**30**. Marianna Ricciardi.

La Camera,

premesso che:

nel corso dell'esame in sede referente del provvedimento è stata introdotta,

all'articolo 3, comma 1, la nuova lettera *h)*, volta a prevedere, per i professionisti stranieri autorizzati a esercitare temporaneamente un'attività professionale sanitaria in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali, l'obbligo di iscrizione in appositi elenchi speciali e la verifica della conoscenza della lingua italiana da parte dei rispettivi Ordini professionali;

la disposizione interviene su una materia particolarmente delicata, nella quale devono essere garantiti contemporaneamente il diritto alla salute, la sicurezza dei pazienti, la qualità delle prestazioni e il rispetto dei requisiti che regolano l'accesso alle professioni sanitarie;

il riconoscimento delle qualifiche professionali conseguite all'estero costituisce una procedura finalizzata a verificare la corrispondenza dei titoli e dei percorsi formativi ai requisiti previsti dall'ordinamento italiano, anche attraverso eventuali misure compensative nei casi in cui emergano differenze sostanziali;

le deroghe al riconoscimento delle qualifiche professionali, introdotte e prorogate negli anni per far fronte a situazioni emergenziali e a carenze di personale, avrebbero dovuto mantenere carattere eccezionale, temporaneo e strettamente collegato alle condizioni che ne avevano giustificato l'introduzione;

la reiterazione di tali deroghe rischia, invece, di trasformare una misura straordinaria in uno strumento ordinario di reclutamento, rinviando indefinitamente la verifica dei titoli e delle competenze e indebolendo la distinzione tra l'autorizzazione temporanea all'esercizio e il pieno riconoscimento della qualifica professionale;

l'introduzione dell'obbligo di iscrizione agli elenchi speciali e della verifica della conoscenza della lingua italiana da parte degli Ordini professionali rappresenta un elemento di garanzia, ma non può essere considerata, di per sé, sufficiente a compensare l'assenza o il differimento della procedura di riconoscimento della qualifica, né a dimostrare l'equivalenza della formazione ricevuta e delle competenze professionali possedute;

la conoscenza della lingua italiana costituisce, in ambito sanitario, un requisito importante per comprendere la documentazione clinica, comunicare efficacemente con i pazienti e i colleghi, acquisire il consenso informato, gestire le situazioni di emergenza e prevenire errori che possano compromettere la sicurezza delle cure; tale verifica deve pertanto essere effettiva, rigorosa e adeguata alla specifica professione esercitata;

gli Ordini professionali, chiamati a verificare la conoscenza linguistica e a vigilare sul rispetto delle regole deontologiche, devono poter disporre di criteri omogenei, procedure trasparenti e strumenti adeguati, senza che l'introduzione degli elenchi speciali si traduca in una riduzione delle garanzie rispetto al regime ordinario;

il ricorso reiterato alle deroghe non può diventare una risposta strutturale alle carenze di personale del Servizio sanitario nazionale, che richiedono invece politiche organiche di reclutamento, stabilizzazione, valorizzazione economica e professionale degli operatori, nonché il miglioramento delle condizioni di lavoro,

impegna il Governo:

a chiarire e delimitare rigorosamente l'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 1, lettera *h)*, affinché l'autorizzazione temporanea all'esercizio in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie mantenga carattere realmente eccezionale, temporaneo e motivato, evitando che la reiterazione delle deroghe determini un progressivo svuotamento delle procedure ordinarie di riconoscimento dei titoli;

ad assicurare procedure di riconoscimento dei titoli accessibili e tempestive, prevedendo, ove necessario, misure compensative, percorsi integrativi o verifiche delle competenze, affinché il ricorso alle deroghe non si traduca nel rinvio indefinito dell'accertamento dei requisiti professionali.

9/2700-A/**30**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Marianna Ricciardi.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 5 del provvedimento all'esame declina i princìpi e criteri direttivi specifici per il potenziamento della formazione sanitaria specialistica per « favorire » la ridefinizione del percorso formativo nella medicina generale, « valorizzare » le specializzazioni sanitarie, « anche » di chimico, odontoiatra e di biologo;

in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici volti a valorizzare le specializzazioni sanitarie ai fini dell'esercizio dell'attività professionale, sono state introdotte la professione sanitaria di psicologo, per rispondere alla necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute, anche nell'ambito dei percorsi assistenziali oncologici e la professione sanitaria di ostetrica, anche nell'ambito dei presìdi territoriali di comunità, che opera, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere e con i presìdi sanitari del territorio, per la prevenzione, la cura e la tutela della salute della donna e del puerperio mediante una razionalizzazione e un aggiornamento dei percorsi formativi già esistenti;

il disegno di legge interviene dunque sulla formazione sanitaria specialistica e sulla programmazione del numero dei professionisti in formazione, con l'obiettivo di adeguare l'offerta formativa alle esigenze del sistema sanitario; tuttavia la disposizione rileva tuttavia un approccio assolutamente frammentario e non sistemico, laddove non definisce una strategia complessiva della formazione specialistica; si limita infatti a enunciare obiettivi generici, ad elencare alcune professioni e a suggerire interventi senza criteri strutturali;

la programmazione dei posti universitari e delle borse di specializzazione rappresenta uno strumento fondamentale per prevenire carenze di personale, ma deve essere coerente con i bisogni assistenziali, la distribuzione delle specialità e la capacità effettiva delle strutture di garantire una formazione di qualità;

l'aumento dei posti disponibili, se non accompagnato da un numero adeguato di docenti, *tutor*, strutture accreditate, spazi e risorse, rischia di tradursi in un ampliamento quantitativo privo di un corrispondente miglioramento della preparazione professionale;

la formazione sanitaria non può essere ridotta a uno strumento di copertura delle esigenze immediate degli organici, poiché il suo obiettivo primario deve rimanere la preparazione di professionisti competenti, autonomi e capaci di garantire prestazioni sicure;

la carenza di alcune specialità non può essere affrontata soltanto aumentando i posti, senza intervenire sulle condizioni di lavoro, sulle prospettive professionali e sull'organizzazione dei servizi che rendono alcune discipline meno attrattive;

la programmazione deve comprendere tutte le professioni sanitarie e considerare l'evoluzione demografica, epidemiologica e tecnologica, nonché il rafforzamento dell'assistenza territoriale,

impegna il Governo

a definire, nell'attuazione della delega, un sistema nazionale di programmazione della formazione sanitaria fondato su dati aggiornati, trasparenti e condivisi con regioni, università, enti del Servizio sanitario nazionale e rappresentanze professionali, tramite l'adozione di iniziative di competenza volte a prevedere:

una rilevazione periodica dei fabbisogni per professione, specialità, fascia d'età e territorio;

la verifica della capacità formativa delle strutture prima dell'incremento dei posti;

il rafforzamento del tutoraggio, della supervisione clinica e della valutazione delle competenze acquisite;

misure per rendere attrattive le specialità e i percorsi maggiormente carenti, intervenendo anche sulle condizioni di lavoro e sulle prospettive di carriera;

la tutela dei tempi e dei contenuti della formazione, evitando che i professionisti in formazione siano utilizzati come sostituti ordinari del personale strutturato.

9/2700-A/**31**. Aiello.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento delega il Governo a rivedere anche la disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie e delle relative federazioni nazionali, intervenendo sulla composizione e sul funzionamento degli organi e sul riconoscimento degli Ordini quali organi sussidiari dello Stato;

più in particolare, l'articolo 6 declina i principi e criteri direttivi specifici per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, con lo scopo di intervenire sulle competenze e sulla scadenza dei mandati degli organi e di introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato;

in sede referente, con specifico riferimento ai mandati degli organi ordinistici, è stato ampliato l'ambito della delega anche agli organi straordinari, tuttavia la disposizione continua a non indicare la durata, i limiti, i criteri e soprattutto lascia aperta alla possibilità di « ampliare » i mandati degli organi;

l'articolo continua pertanto a presentare indeterminatezza normativa e ambiguità terminologica;

gli Ordini professionali svolgono funzioni di rilevanza pubblica, tra cui la tenuta degli albi, la verifica dei requisiti per l'esercizio professionale e l'esercizio delle competenze disciplinari previste dalla legge;

la loro funzione è strettamente connessa alla tutela della salute dei cittadini e richiede autonomia di giudizio, imparzialità, trasparenza e rispetto delle garanzie procedurali;

le regole sulla composizione degli organi, sulla durata dei mandati, sulle eventuali gestioni straordinarie e sui sistemi di voto devono essere definite in modo chiaro, rispettando rappresentatività, democraticità e parità di trattamento tra gli iscritti,

impegna il Governo

a garantire, nell'esercizio della delega relativa agli Ordini professionali di cui all'articolo 6 del provvedimento in esame, un quadro normativo che tuteli effettivamente l'autonomia e l'indipendenza degli organi ordinistici, assicurando:

la predeterminazione dei presupposti, dei limiti temporali e delle garanzie procedurali per eventuali gestioni straordinarie;

la trasparenza delle procedure elettorali e deliberative, nonché la tutela della rappresentatività degli iscritti;

l'indipendenza degli organi disciplinari da interferenze politiche, amministrative o economiche estranee alle finalità istituzionali;

ad adottare ogni iniziativa normativa di competenza atta a:

prevedere adeguate garanzie di partecipazione democratica degli iscritti, trasparenza delle procedure elettorali e accessibilità delle informazioni sulle decisioni degli organi;

salvaguardare l'indipendenza dell'esercizio della funzione disciplinare, assicurando la distinzione tra funzioni di rappresentanza, amministrazione e giudizio disciplinare, nonché garanzie di imparzialità e di tutela del diritto di difesa.

9/2700-A/**32**. Tucci.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 8, introdotto in sede referente, reca modifiche al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221 disponendo che il sanitario radiato dall'Albo per fatti non dolosi commessi durante la pandemia da

Covid che sono diretta conseguenza della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare e del minore grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza, può chiedere la reiscrizione alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie;

la predetta istanza di reiscrizione deve essere proposta entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disposizione all'esame e se la radiazione dall'Albo sia derivata da condanna penale, ai fini della reiscrizione, deve essere intervenuta la riabilitazione; si precisa inoltre che nei casi di reiscrizione è escluso il diritto a ogni forma di risarcimento o indennizzo;

la disposizione è molto critica poiché produce un effetto di riabilitazione normativa di condotte che, nella realtà dei procedimenti disciplinari, non sono state sanzionate per la mera mancata vaccinazione (come taluni affermano), bensì per la diffusione di informazioni prive di fondamento scientifico, idonee a compromettere la salute pubblica e il rapporto di fiducia tra paziente e professionista;

l'articolo in esame introduce una disciplina eccezionale che consente al sanitario radiato dall'albo per fatti non dolosi commessi durante l'emergenza pandemica di chiedere la reiscrizione, qualora tali fatti siano ricondotti alla limitatezza delle conoscenze scientifiche dell'epoca, alla scarsità di risorse disponibili o all'impiego di personale non specializzato;

le radiazioni adottate durante il periodo pandemico non sono state generalmente motivate dalla scelta personale del sanitario di non vaccinarsi, né dalla mera adesione a posizioni critiche nei confronti delle campagne vaccinali; le sanzioni espulsive sono intervenute, nella maggior parte dei casi, nei confronti di professionisti che hanno posto in essere condotte ritenute incompatibili con i doveri deontologici della professione, consistenti nella diffusione sistematica di informazioni scientificamente infondate, nella promozione di terapie prive di validazione scientifica, nella dissuasione dei pazienti dall'aderire a trattamenti raccomandati dalle autorità sanitarie o nella divulgazione di messaggi suscettibili di compromettere la salute pubblica;

la norma proposta, pertanto, finisce per assimilare situazioni profondamente diverse, creando una rappresentazione normativa che non corrisponde alle ragioni effettive che hanno giustificato l'adozione delle misure disciplinari più gravi;

la disposizione introduce, di fatto, un meccanismo straordinario di riesame di provvedimenti disciplinari definitivi attraverso una legge generale e, sotto il profilo sistematico, tale scelta interviene *ex post* su decisioni adottate dagli Ordini professionali nell'esercizio della loro autonomia disciplinare, attribuendo al legislatore una funzione sostanzialmente rivalutativa di vicende individuali; si tratta di una scelta che rischia di alterare il principio dell'autonomia ordinistica, riconosciuto agli Ordini quali enti pubblici sussidiari dello Stato, la cui funzione disciplinare è finalizzata alla tutela dell'interesse pubblico e della sicurezza delle cure;

ne deriva dunque una significativa interferenza del legislatore in un ambito che dovrebbe rimanere affidato agli strumenti ordinari di impugnazione e revisione previsti dall'ordinamento;

l'aspetto più problematico della disposizione tuttavia risiede anche nel messaggio istituzionale che essa trasmette laddove, richiamando la « limitatezza delle conoscenze scientifiche » e la « contraddittorietà delle conoscenze » quale elemento idoneo a giustificare la reiscrizione dei sanitari radiati, il legislatore sembra suggerire che le condotte disciplinarmente rilevanti siano state una conseguenza dell'incertezza scientifica esistente durante la pandemia;

questa impostazione rischia di produrre un effetto profondamente distorsivo;

la fisiologica evoluzione delle conoscenze scientifiche, che rappresenta una caratteristica propria del metodo scientifico, non può essere confusa con la diffusione di affermazioni prive di qualsiasi validazione scientifica;

esiste infatti una differenza sostanziale tra il legittimo dissenso scientifico, fondato su evidenze, studi e confronto metodologico e la diffusione di teorie prive di supporto scientifico o apertamente contrarie alle evidenze disponibili; la norma in esame sembra invece collocare entrambe le situazioni sul medesimo piano, contribuendo a legittimare, almeno sul piano simbolico, condotte che gli Ordini professionali avevano ritenuto incompatibili con i doveri di correttezza scientifica e di tutela del paziente;

gli Ordini professionali esercitano il potere disciplinare non nell'interesse della categoria, bensì nell'interesse della collettività e le sanzioni disciplinari più gravi sono destinate a tutelare la sicurezza delle cure, l'affidamento dei cittadini, il prestigio della professione e il rispetto delle conoscenze scientifiche accreditate e l'articolo in esame rischia invece di depotenziare questa funzione; si tratta di un messaggio istituzionale dunque che rischia di compromettere l'autorevolezza degli organismi ordinistici;

la disposizione introduce una disciplina eccezionale limitata esclusivamente ai sanitari radiati durante la pandemia, generando peraltro un disuguaglianza sostanziale di non poco conto laddove, ad esempio, non prevede analoghi meccanismi per altre ipotesi di radiazione disciplinare conseguenti a contesti emergenziali o caratterizzati da analoghe difficoltà organizzative;

la scelta legislativa appare quindi selettiva e difficilmente riconducibile a un criterio generale, con possibili dubbi di compatibilità con il principio di uguaglianza e di ragionevolezza di cui all'articolo 3 della Costituzione;

l'articolo 8 è una disposizione dall'evidente impatto propagandistico, con l'effetto pericolosissimo di legittimazione indiretta di condotte antiscientifiche e di compromissione sostanziale sull'autonomia disciplinare degli Ordini professionali e sulla funzione pubblicistica loro attribuita, introducendo un meccanismo straordinario di riesame legislativo che appare difficilmente conciliabile con i principi di certezza del diritto, di autonomia ordinistica e di tutela dell'affidamento dei cittadini nei confronti del sistema delle professioni sanitarie;

la pandemia ha rappresentato una situazione eccezionale, caratterizzata da difficoltà assistenziali e da una rapida evoluzione delle conoscenze, e le condotte professionali adottate in quel contesto devono essere valutate alla luce delle circostanze concrete e delle evidenze disponibili al momento dei fatti; tuttavia, la valutazione degli errori commessi in condizioni emergenziali deve essere distinta dalla legittimazione di condotte disciplinarmente rilevanti che abbiano compromesso il rapporto fiduciario con i pazienti o comportato la diffusione, nell'esercizio della professione, di affermazioni sanitarie prive di adeguato fondamento scientifico;

la radiazione dall'albo non coincide certamente con la mera mancata adesione a una misura sanitaria, deriva da specifiche condotte accertate nell'ambito di procedimenti disciplinari individuali;

la disciplina ordinaria già contempla la possibilità di reiscrizione in presenza di determinati presupposti: l'introduzione di un percorso straordinario richiede pertanto criteri rigorosi, individualizzati e coerenti con la tutela della salute pubblica,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi delle disposizioni recate dall'articolo 8 del provvedimento in esame, al fine di rivederne la portata e comunque ad adottare ogni iniziativa di competenza affinché:

la valutazione delle conoscenze scientifiche disponibili all'epoca non sia utilizzata come presunzione automatica di irrilevanza disciplinare delle condotte;

non si determini alcuna equiparazione tra il legittimo confronto scientifico e la diffusione di informazioni sanitarie ingannevoli o prive di adeguato fondamento nell'ambito del rapporto professionale;

il Parlamento sia informato, nel rispetto della riservatezza dei dati personali, sul numero delle istanze presentate, sugli esiti e sui criteri applicativi adottati, così da consentire una valutazione trasparente degli effetti della disposizione sulla tutela dei pazienti e sulla credibilità delle istituzioni sanitarie.

9/2700-A/**33**. Alfonso Colucci, D'Orso, Morfino, Pellegrini, Zanella, Malavasi.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4 del provvedimento all'esame declina i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, individuandoli nell'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie, in un sistema nazionale di certificazione delle competenze, in un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario e nei criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale;

il provvedimento contempla dunque interventi sulla valorizzazione delle competenze sanitarie, sulla digitalizzazione e sull'intelligenza artificiale in ambito sanitario, nonché sull'accesso dei professionisti ai dati del paziente;

in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, è stata introdotta la nuova lettera *e)*, volta a promuovere l'attivazione di corsi regionali di formazione in materia di digitalizzazione della sanità pubblica e IA;

indubbiamente, le tecnologie digitali possono contribuire a migliorare la continuità assistenziale, l'integrazione delle informazioni cliniche e l'appropriatezza delle prestazioni, ma il loro utilizzo comporta riconosciuti rischi connessi alla riservatezza, alla sicurezza dei sistemi e alla qualità dei dati e alla correttezza e affidabilità della divulgazione scientifica;

l'impiego di strumenti algoritmici nei processi clinici non può sostituire la valutazione professionale né trasferire su sistemi automatizzati decisioni che incidono direttamente sulla salute delle persone e l'accesso alle informazioni sanitarie deve essere limitato a quanto necessario per finalità assistenziali legittime e svolto nel rispetto della disciplina sulla protezione dei dati personali, del segreto professionale e dei principi di sicurezza informatica;

l'adozione di nuove tecnologie senza formazione adeguata e senza investimenti nelle infrastrutture può aggravare le diseguaglianze tra strutture e territori, anziché ridurle;

la trasformazione digitale della sanità non costituisce una questione esclusivamente tecnologica o organizzativa, ma investe direttamente la tutela di un diritto fondamentale, l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e la capacità delle istituzioni pubbliche di governare strumenti che incidono sulla diagnosi, sulla prevenzione, sulla cura e sull'accesso alle informazioni sanitarie;

la crescente presenza di piattaforme digitali e sistemi di intelligenza artificiale sviluppati e gestiti da imprese private pone l'esigenza di assicurare che le scelte relative alle infrastrutture, agli algoritmi, alle modalità di raccolta e trattamento dei dati e ai criteri di utilizzo delle tecnologie siano sottoposte a un effettivo indirizzo e controllo pubblico, nell'interesse generale e non sulla base di logiche esclusivamente commerciali;

la dipendenza delle strutture sanitarie pubbliche da fornitori privati per infrastrutture digitali, software, sistemi di intelligenza artificiale e servizi di gestione dei dati può determinare rischi di concen-

trazione del potere tecnologico, opacità dei processi decisionali, vincoli contrattuali e difficoltà nel trasferimento dei dati e dei servizi, riducendo l'autonomia delle amministrazioni e la loro capacità di verificare le soluzioni adottate;

i dati sanitari, in ragione della loro particolare sensibilità e del loro valore per la ricerca, la prevenzione e la programmazione sanitaria, non possono essere considerati una risorsa da sfruttare prevalentemente per finalità commerciali, ma devono essere governati secondo regole pubbliche trasparenti, con rigorose garanzie di protezione dei dati personali e con un controllo effettivo sugli accessi, sugli utilizzi e sugli eventuali riutilizzi;

la digitalizzazione della sanità deve inoltre accompagnarsi al rafforzamento della divulgazione scientifica e dell'informazione sanitaria corretta, accessibile e comprensibile, anche attraverso i *social network* e le altre piattaforme digitali, che costituiscono ormai uno dei principali canali attraverso cui una parte significativa della popolazione acquisisce informazioni su malattie, prevenzione, terapie e stili di vita;

la diffusione sui *social network* di contenuti sanitari non verificati, informazioni fuorvianti, teorie prive di fondamento scientifico e messaggi che presentano come certe terapie non validate può compromettere la capacità dei cittadini di compiere scelte consapevoli, alimentare sfiducia nei confronti della comunità scientifica e dei professionisti sanitari e determinare conseguenze concrete sulla salute individuale e collettiva;

il contrasto alla disinformazione sanitaria deve fondarsi sulla trasparenza delle fonti, sulla verifica delle evidenze, sulla valorizzazione del confronto tra competenze qualificate e sulla capacità delle istituzioni pubbliche di rendere tempestivamente disponibili informazioni scientificamente fondate;

le istituzioni sanitarie pubbliche, le università, gli enti di ricerca e i professionisti del Servizio sanitario nazionale devono poter svolgere un ruolo centrale nella produzione e nella diffusione di contenuti scientifici verificabili, anche attraverso canali digitali e *social network*, senza dipendere esclusivamente da iniziative occasionali o da strategie comunicative determinate da soggetti privati;

la promozione dell'alfabetizzazione digitale e scientifica dei cittadini e la formazione dei professionisti sanitari alla comunicazione sui *social network* costituiscono strumenti necessari per favorire la comprensione delle evidenze scientifiche, distinguere le informazioni attendibili dai contenuti ingannevoli e rafforzare il rapporto di fiducia tra cittadini, professionisti e istituzioni;

la *governance* pubblica dell'innovazione digitale deve quindi comprendere non soltanto la regolazione dell'impiego clinico dell'intelligenza artificiale e la protezione dei dati, ma anche la capacità di garantire un'informazione sanitaria di qualità, contrastare la disinformazione e assicurare che le tecnologie digitali siano orientate alla tutela della salute e alla riduzione delle disuguaglianze,

impegna il Governo:

a definire, nell'attuazione della delega di cui all'articolo 4, comma 1, lettere *d)* ed *e)* del provvedimento in esame, un quadro di garanzie per l'uso delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale in sanità, assicurando:

la formazione obbligatoria e aggiornata dei professionisti sui rischi, sui limiti e sulle corrette modalità di utilizzo degli strumenti di intelligenza artificiale;

la trasparenza delle funzioni degli strumenti impiegati nei processi clinici e la tracciabilità delle decisioni assistite da sistemi automatizzati;

la permanenza in capo al professionista della responsabilità delle decisioni cliniche, secondo le regole applicabili, e la possibilità di verificare e contestare risultati algoritmici inappropriati;

il rispetto dei principi di minimizzazione, limitazione delle finalità, sicu-

rezza e riservatezza nell'accesso ai dati sanitari;

investimenti adeguati affinché la digitalizzazione non produca ulteriori disparità nell'accesso alle cure tra aree urbane, aree interne e territori con minori dotazioni tecnologiche;

ad adottare ogni iniziativa, anche normativa, di competenza atta a:

garantire che la *governance* dei processi di digitalizzazione e di impiego dell'intelligenza artificiale in sanità rimanga saldamente in capo alle istituzioni pubbliche, assicurando al Servizio sanitario nazionale un ruolo effettivo di indirizzo, programmazione, controllo e valutazione in tutte le fasi del processo, dalla definizione dei fabbisogni alla selezione e acquisizione delle tecnologie, dalla gestione dei dati alla verifica dei risultati e alla sorveglianza sui rischi;

sostenere lo sviluppo e il rafforzamento di infrastrutture digitali pubbliche, interoperabili e sicure, nonché l'adozione di *standard* aperti e di condizioni contrattuali idonee a prevenire dipendenze tecnologiche ingiustificate da singoli fornitori privati, garantendo alle amministrazioni sanitarie la possibilità di verificare il funzionamento dei sistemi utilizzati e di mantenere il controllo sui dati e sui processi decisionali;

garantire che l'accesso e il riutilizzo dei dati sanitari per finalità di ricerca, innovazione e sviluppo di sistemi di intelligenza artificiale siano sottoposti a regole pubbliche, trasparenti e verificabili, prevedendo adeguati meccanismi di autorizzazione, tracciabilità e controllo e assicurando che gli eventuali benefici derivanti dall'utilizzo di tali dati siano coerenti con l'interesse pubblico e con il miglioramento della salute collettiva;

sostenere la presenza e la capacità comunicativa delle istituzioni pubbliche e dei professionisti sanitari sulle piattaforme digitali, attraverso formazione specifica, strumenti divulgativi accessibili e campagne di prevenzione, affinché la diffusione dell'informazione sanitaria corretta non sia lasciata prevalentemente alle dinamiche di visibilità, profilazione e monetizzazione dei contenuti proprie degli operatori commerciali;

sostenere, nel rispetto della libertà di espressione e dell'autonomia della ricerca, iniziative coordinate di contrasto alla disinformazione sanitaria sui *social network*, basate sulla verifica delle fonti, sulla trasparenza dei criteri di attendibilità scientifica e sulla collaborazione con le piattaforme digitali, garantendo la possibilità di un confronto scientifico libero, documentato e responsabile.

9/2700-A/**34**. Sportiello.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame delega il Governo a intervenire sull'ordinamento delle professioni sanitarie, sulla valorizzazione delle competenze professionali e sull'organizzazione dei servizi, con l'obiettivo dichiarato di rafforzare la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione;

l'articolo 4 del provvedimento all'esame, in particolare, declina i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario individuandoli nell'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie, in un sistema nazionale di certificazione delle competenze, in un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario e nei criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale;

il provvedimento contempla dunque, interventi sulla valorizzazione delle competenze sanitarie e in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, è stata introdotto l'approccio europeo One Health finalizzato alla prevenzione, alla diagnosi e alla ge-

stione delle malattie attraverso la considerazione congiunta della salute umana, animale e ambientale, con particolare attenzione alla tutela delle fasce di popolazione più esposte a rischi sanitari e ambientali;

il dietista è un professionista sanitario il cui profilo è disciplinato dal decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 744, che gli attribuisce competenze in materia di alimentazione e dietetica, elaborazione e attuazione delle diete prescritte dal medico, educazione alimentare, trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare e pianificazione dei servizi di alimentazione per le comunità di sani e malati;

la prevenzione e il trattamento delle patologie croniche non trasmissibili, dei disturbi del comportamento alimentare, della malnutrizione, dell'obesità e delle complicanze nutrizionali associate a numerose condizioni cliniche richiedono interventi strutturati, continuativi e multidisciplinari, nei quali la competenza specifica del dietista può contribuire alla qualità e all'appropriatezza dell'assistenza;

la valorizzazione delle professioni sanitarie non può limitarsi a interventi ordinamentali o a generici richiami all'aggiornamento delle competenze, ma deve tradursi in una presenza effettiva dei professionisti nei servizi pubblici, in dotazioni organiche adeguate e in percorsi assistenziali chiaramente definiti;

l'insufficiente integrazione della competenza dietistica nei servizi ospedalieri e territoriali ovvero la sovrapposizione inappropriata con le competenze di altri professionisti, rischia di determinare interventi nutrizionali frammentari, ritardi nella presa in carico e un ricorso non sufficientemente strutturato alla prevenzione, con possibili conseguenze sulla qualità della vita delle persone e sull'appropriatezza dell'impiego delle risorse sanitarie;

la nutrizione clinica assume particolare rilievo nei percorsi oncologici, nelle patologie metaboliche e cardiovascolari, nella gestione della cronicità, nell'assistenza geriatrica, nei disturbi del comportamento alimentare e nella prevenzione della malnutrizione ospedaliera e territoriale;

la carenza di personale e l'assenza di criteri omogenei di programmazione possono determinare significative differenze tra regioni e aziende sanitarie, compromettendo l'equità nell'accesso ai servizi nutrizionali,

impegna il Governo

nell'ambito dell'attuazione della delega di cui all'articolo 4, richiamata in premessa, e in raccordo con le regioni, a promuovere il pieno riconoscimento delle competenze del dietista e il rafforzamento del suo ruolo nei percorsi di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione, nel rispetto delle competenze delle altre professioni sanitarie, prevedendo:

la rilevazione nazionale del fabbisogno di dietisti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento agli ospedali, ai servizi territoriali, ai distretti, alle strutture residenziali e ai percorsi dedicati alla cronicità;

l'adozione di indirizzi per favorire l'inserimento dei dietisti nelle *équipe* multidisciplinari, nei servizi di nutrizione clinica e nei percorsi assistenziali relativi alle patologie croniche, oncologiche, metaboliche e ai disturbi del comportamento alimentare;

il potenziamento degli interventi di prevenzione e di educazione alimentare rivolti alla popolazione, con particolare attenzione ai minori, alle persone anziane, alle persone con disabilità e ai soggetti in condizioni di fragilità socioeconomica;

l'integrazione della competenza dietistica nella presa in carico territoriale delle persone con patologie croniche, assicurando la continuità tra ospedale, servizi territoriali e medicina di prossimità;

la valutazione, d'intesa con le regioni, delle misure necessarie a garantire organici adeguati, aggiornamento professionale e accesso effettivo alle prestazioni dietistiche, affinché la valorizzazione della professione non resti una mera enunciazione norma-

tiva, ma contribuisca concretamente alla prevenzione delle malattie e al miglioramento della qualità delle cure.

9/2700-A/**35**. Quartini.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame interviene sulla disciplina delle professioni e delle competenze operanti nei settori connessi alla salute, alla prevenzione e all'assistenza, rendendo necessario un quadro normativo capace di valorizzare le diverse professionalità sulla base della formazione acquisita e delle rispettive competenze;

l'articolo 4 del provvedimento all'esame, in particolare, declina i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario individuandoli nell'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione e alle nuove tecnologie, in un sistema nazionale di certificazione delle competenze, in un sistema di gestione dell'uso dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario e nei criteri aggiornati per la formazione manageriale del personale del Servizio sanitario nazionale;

il provvedimento contempla dunque, interventi sulla valorizzazione delle competenze sanitarie e in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, è stata introdotta la nuova lettera *h)* volta a individuare criteri per la costruzione di un sistema integrato di collaborazione interdisciplinare tra gli specialisti in medicina dello sport, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i fisioterapisti, ai fini del riconoscimento e della promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e mentale della persona, prevedendo linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e convalidati dall'Istituto superiore di sanità;

il decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, disciplina le figure del chinesiologo, compreso il chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate, attribuendo a quest'ultimo compiti relativi alla progettazione e all'attuazione di programmi di attività motoria per il benessere psicofisico, alla prevenzione, al miglioramento della qualità della vita e alla programmazione di attività motorie adattate per persone con disabilità o in condizioni di salute clinicamente controllate e stabilizzate;

l'attività fisica strutturata e adeguata alle caratteristiche individuali può svolgere un ruolo rilevante nella promozione della salute, nella prevenzione della sedentarietà e nella conservazione dell'autonomia funzionale, soprattutto tra le persone anziane, le persone con disabilità e i soggetti con patologie croniche stabilizzate;

la promozione dell'attività motoria non può essere affidata esclusivamente a campagne informative generiche, ma richiede interventi continuativi, professionisti adeguatamente formati, percorsi accessibili e collaborazione tra servizi sanitari, enti locali, istituzioni scolastiche e strutture sportive;

l'assenza di un quadro sufficientemente organico di raccordo tra le competenze dei chinesiologi e quelle delle professioni sanitarie può generare incertezza nell'organizzazione dei percorsi, disomogeneità territoriali e difficoltà nel garantire ai cittadini interventi appropriati e sicuri;

è necessario distinguere l'attività motoria preventiva e adattata e strutturata dalle prestazioni sanitarie di diagnosi, trattamento e riabilitazione riservate ai professionisti abilitati, assicurando che la collaborazione interdisciplinare non comporti sovrapposizioni di competenze né improprie sostituzioni professionali;

la valorizzazione dei chinesiologi deve essere accompagnata da criteri trasparenti in materia di formazione, qualificazione, responsabilità, aggiornamento e collaborazione con i servizi pubblici, senza creare nuove qualifiche meramente formali

o introdurre percorsi privi di adeguate garanzie per gli utenti,

impegna il Governo:

nell'ambito dell'attuazione della delega di cui all'articolo 4, richiamata in premessa, ad includere e valorizzare la figura professionale del chinesiologo, con specifico riferimento alla individuazione dei criteri per la costruzione di un sistema integrato di collaborazione interdisciplinare tra tutti i professionisti coinvolti nonché per la predisposizione di specifici protocolli da adottarsi, come previsto dal provvedimento in esame, sulla base delle linee guida definite dalla Federazione medico sportiva italiana e convalidati dall'Istituto superiore di sanità, ai fini del riconoscimento e della promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e mentale della persona;

in raccordo con le regioni, le università e le rappresentanze delle professioni interessate, a valutare l'adozione di un quadro nazionale per valorizzare il contributo dei chinesiologi, con particolare riferimento alle attività motorie preventive e adattate e le attività strutturate, prevedendo la definizione di indirizzi omogenei per l'integrazione dei chinesiologi nei programmi territoriali di promozione della salute e di prevenzione della sedentarietà nonché la definizione di criteri adeguati per la qualificazione professionale, la formazione continua e la verifica delle competenze.

9/2700-A/**36**. Donno.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 3, comma 1, lettera *e)*, del provvedimento in esame, prevede, tra i principi e i criteri direttivi per l'esercizio della delega, interventi atti a « garantire la sicurezza dei professionisti sanitari nello svolgimento dell'attività lavorativa »;

la sicurezza degli operatori sanitari costituisce una condizione essenziale per garantire la continuità dei servizi e la qualità dell'assistenza;

le aggressioni fisiche e verbali nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario possono determinare conseguenze sulla salute dei lavoratori, sul clima organizzativo e sulla capacità delle strutture di erogare prestazioni;

la prevenzione richiede misure organizzative, formazione, sistemi di segnalazione e valutazione dei rischi, oltre all'applicazione effettiva delle disposizioni vigenti,

impegna il Governo

a promuovere protocolli di prevenzione, formazione del personale, supporto psicologico agli operatori coinvolti e collaborazione tra aziende sanitarie, forze dell'ordine e servizi territoriali, con particolare attenzione alle situazioni di maggiore vulnerabilità.

9/2700-A/**37**. Carmina.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene sulla disciplina delle professioni sanitarie e sulla responsabilità degli operatori sanitari;

l'articolo 32 della Costituzione riconosce la salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività;

ogni cittadino deve poter ricevere cure tempestive, sicure e di qualità, indipendentemente dal reddito, dal luogo in cui vive e dalla possibilità di rivolgersi alla sanità privata a pagamento;

la qualità delle cure dipende dalla preparazione, dall'attenzione e dalla responsabilità dei professionisti sanitari, ma anche dalla disponibilità di personale sufficiente, attrezzature adeguate e strutture ben organizzate;

la carenza di medici, infermieri e altri professionisti negli ospedali e nei ser-

vizi pubblici può causare ritardi nelle visite, negli esami e nelle cure, oltre a compromettere la continuità e la sicurezza dell'assistenza;

il provvedimento prevede misure per valorizzare le professioni sanitarie e favorire la permanenza del personale nelle strutture sanitarie, comprese, in alcune ipotesi, quelle private accreditate;

è necessario evitare che tali misure producano un indebolimento degli ospedali e dei servizi pubblici o favoriscano lo spostamento di personale e risorse dal pubblico al privato;

le disposizioni in materia di responsabilità sanitaria prevedono che, nella valutazione della condotta del professionista, si tenga conto anche delle condizioni concrete nelle quali opera, comprese le eventuali carenze di personale, attrezzature e organizzazione;

tali circostanze devono essere valutate per accertare correttamente le responsabilità individuali, senza trasformarsi in una giustificazione generale per prestazioni inadeguate o in un ostacolo all'accertamento delle responsabilità di chi è tenuto a garantire un'organizzazione sanitaria sicura ed efficiente;

il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali deve accompagnarsi alla necessaria attenzione, prudenza e competenza richieste dalle condizioni del singolo paziente;

la tutela del diritto alla salute richiede che gli errori e gli eventi dannosi siano esaminati con trasparenza, che i pazienti ricevano informazioni chiare e che siano garantiti gli strumenti previsti dalla legge per accertare le responsabilità e ottenere il risarcimento dei danni quando ne ricorrono i presupposti,

impegna il Governo

nell'esercizio delle deleghe previste dal provvedimento e nelle ulteriori iniziative di propria competenza:

a dare priorità al rafforzamento degli ospedali e dei servizi sanitari pubblici, promuovendo interventi per affrontare le carenze di personale e migliorare i tempi di accesso a visite, esami e cure;

a favorire la permanenza di medici, infermieri e altri professionisti nel Servizio sanitario nazionale pubblico, attraverso misure volte a migliorare le condizioni di lavoro, la sicurezza del personale e le opportunità di crescita professionale;

a evitare che l'attuazione della riforma favorisca lo spostamento di personale e risorse dalle strutture pubbliche verso quelle private, verificando che le misure adottate non riducano la capacità degli ospedali e dei servizi pubblici di garantire le prestazioni ai cittadini;

a promuovere verifiche periodiche sulle carenze di personale, attrezzature e organizzazione che possono mettere a rischio la sicurezza dei pazienti, utilizzando anche gli strumenti di controllo già previsti dalla legge e favorendo interventi per affrontare le criticità individuate;

a garantire la piena applicazione delle norme sulla trasparenza e sui diritti dei pazienti, affinché, in caso di errori o eventi dannosi, i pazienti e gli altri soggetti aventi diritto possano ricevere informazioni chiare, ottenere la documentazione sanitaria e conoscere gli strumenti di tutela previsti dalla legge;

ad adottare iniziative volte a garantire che l'attuazione della riforma non riduca gli *standard* di sicurezza e qualità delle cure né indebolisca gli strumenti di tutela dei pazienti, assicurando che siano pienamente rispettati i diritti dei pazienti all'informazione, all'accesso alla documentazione sanitaria e alla tutela risarcitoria secondo la normativa vigente;

a trasmettere al Parlamento, entro dodici mesi dall'entrata in vigore dell'ultimo decreto legislativo di attuazione, una relazione sugli effetti della riforma, indicando, sulla base dei dati disponibili: l'andamento del personale negli ospedali e nei servizi sanitari pubblici; le iniziative adottate per contrastare le carenze di personale e favorirne la permanenza nel pubblico; gli even-

tuali spostamenti di personale e risorse tra strutture pubbliche e private accreditate; le principali carenze organizzative rilevate e le misure adottate per affrontarle; i risultati disponibili in materia di sicurezza dei pazienti, qualità delle cure e tutela dei loro diritti.

9/2700-A/**38**. Lomuti.

La Camera,

premesso che:

gli articoli 4 e 5 del provvedimento in esame recano principi e criteri direttivi concernenti rispettivamente lo sviluppo delle competenze del personale sanitario;

la qualità della formazione sanitaria richiede una stretta integrazione tra università, strutture assistenziali e servizi territoriali;

l'attività di tutoraggio clinico svolta dai professionisti del Servizio sanitario nazionale (SSN) è essenziale per trasferire competenze operative, capacità decisionali e conoscenze maturate nella pratica;

la formazione della medicina generale deve essere adeguata alla crescente complessità dei bisogni assistenziali, al ruolo dei servizi territoriali e alla necessità di garantire continuità nella presa in carico;

la carenza di docenti, *tutor* e strutture formative adeguate può incidere negativamente sul rapporto tra studenti e formatori e sulla qualità dell'esperienza clinica,

impegna il Governo

con riferimento ai richiamati articoli 4 e 5 del provvedimento in esame, ad adottare ogni iniziativa di competenza atta a:

promuovere un rafforzamento della formazione universitaria e specialistica delle professioni sanitarie, assicurando il coordinamento tra programmazione formativa e fabbisogni del Servizio sanitario nazionale;

valorizzare giuridicamente ed economicamente il tutoraggio clinico e la docenza svolti dal personale sanitario, anche riconoscendoli nei percorsi di sviluppo professionale e nell'attribuzione degli incarichi;

favorire modelli di collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale che consentano l'interscambio tra personale accademico e professionisti dei servizi, nel rispetto dei requisiti di qualificazione e delle responsabilità assistenziali;

valutare il rafforzamento del percorso universitario e formativo della medicina generale, assicurando un confronto con le rappresentanze professionali interessate e garantendo che ogni revisione sia accompagnata da adeguate risorse, tutoraggio e formazione pratica;

promuovere l'armonizzazione dei percorsi formativi con gli *standard* europei applicabili e a monitorare la qualità dei tirocini e degli esiti formativi.

9/2700-A/**39**. L'Abbate.

La Camera,

premesso che:

l'organizzazione dei servizi territoriali richiede chiarezza in merito ai profili professionali, agli ambiti di intervento e alle modalità di collaborazione tra le diverse figure coinvolte nei percorsi assistenziali;

l'integrazione delle competenze professionali deve avvenire nel rispetto delle disposizioni vigenti, delle attribuzioni previste per ciascuna professione e della sicurezza delle cure;

l'osteopatia è stata oggetto di riconoscimento nell'ordinamento delle professioni sanitarie e richiede un'attuazione coerente con il quadro normativo e formativo applicabile;

il profilo professionale definito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 2021 colloca l'osteopata nell'area della prevenzione e del mantenimento della salute e sono emerse interpretazioni

applicative non omogenee, anche con riguardo ai livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria) in cui l'osteopata opera, in raccordo con la diagnosi di competenza medica;

l'avvio dei corsi di laurea nelle professioni sanitarie di recente istituzione, tra cui l'osteopatia, rende necessario assicurare la qualità e l'omogeneità della formazione clinico-pratica, anche attraverso sedi di tirocinio adeguate;

l'assenza di indirizzi organizzativi uniformi può determinare difformità territoriali nell'integrazione dei professionisti e incertezze sulle modalità di raccordo con i servizi sanitari,

impegna il Governo

ad adottare ogni iniziativa di competenza volta a:

promuovere, nel rispetto del quadro normativo vigente, indirizzi applicativi che favoriscano una chiara definizione degli ambiti di intervento e delle modalità di collaborazione tra le professioni sanitarie, anche mediante indirizzi di chiarimento del profilo professionale dell'osteopata, definiti d'intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni, che ne confermino la collocazione lungo i livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), ferma restando la competenza medica della diagnosi;

valutare, d'intesa con le regioni e le province autonome e sentite le rappresentanze professionali interessate, l'adozione di indirizzi nazionali per l'inserimento progressivo dell'osteopata nei *setting* territoriali e ambulatoriali, ove appropriato, in coerenza con il decreto ministeriale n. 77 del 2022 e nel rispetto delle competenze attribuite dalla legge;

favorire modelli organizzativi di collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, con particolare attenzione alla prevenzione, nei suoi diversi livelli, e alla presa in carico delle persone con bisogni complessi;

valutare, d'intesa con le regioni e in raccordo con le amministrazioni competenti, l'individuazione di criteri uniformi per le sedi di tirocinio clinico-pratico dei corsi di laurea delle professioni sanitarie di recente istituzione, ivi compresa l'osteopatia, nel rispetto dell'autonomia universitaria;

valutare l'inclusione dell'osteopata nella pianificazione del fabbisogno di cui all'articolo 3, comma 1, lettera *g)*, del provvedimento in esame anche mediante un sistema di monitoraggio e censimento dei professionisti;

garantire che le eventuali indicazioni attuative assicurino chiarezza delle responsabilità, appropriatezza degli interventi e tutela della sicurezza delle cure, evitando sovrapposizioni con le competenze riservate ad altre professioni.

9/2700-A/**40**. Dell'Olio.

La Camera,

premesso che:

le professioni sanitarie presentano competenze, responsabilità e ambiti di autonomia differenti, che devono essere adeguatamente riconosciuti nell'organizzazione del lavoro e nei percorsi di carriera;

la stabilità occupazionale e la qualità dei rapporti di lavoro costituiscono condizioni rilevanti per la continuità assistenziale, la trasmissione delle competenze e la sicurezza dei pazienti;

l'impiego strutturale di personale attraverso forme temporanee o di intermediazione può compromettere la continuità dei gruppi di lavoro e la programmazione delle attività;

una riforma delle professioni sanitarie dovrebbe accompagnarsi a politiche di valorizzazione delle competenze e delle responsabilità professionali, nel rispetto della

contrattazione collettiva e delle specificità dei diversi profili,

impegna il Governo

ad accompagnare l'intervento recato dal provvedimento in esame con ogni iniziativa di competenza atta a:

promuovere, nel rispetto delle competenze della contrattazione collettiva e delle prerogative delle regioni, misure finalizzate a migliorare la qualità e la stabilità del lavoro nel Servizio sanitario nazionale;

favorire il ricorso ordinario a rapporti di lavoro stabili per le esigenze permanenti delle aziende sanitarie, limitando le forme flessibili a necessità temporanee ed eccezionali adeguatamente motivate;

promuovere il confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per valorizzare le specificità delle diverse professioni, le responsabilità effettivamente esercitate, le competenze specialistiche e le funzioni di coordinamento, tutoraggio e *leadership* clinica;

sostenere percorsi di progressione professionale basati su criteri trasparenti, formazione continua, esperienza e qualità dell'attività svolta, evitando che l'avanzamento di carriera sia subordinato esclusivamente a funzioni amministrative o manageriali.

9/2700-A/**41**. Amato.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento all'esame interviene sulla disciplina della responsabilità penale e civile degli esercenti le professioni sanitarie, attribuendo rilievo, ai fini dell'accertamento della colpa e della sua gravità, anche alla scarsità delle risorse, alle carenze organizzative, alla complessità delle patologie e alle situazioni di urgenza ed emergenza;

più in particolare, l'articolo 7 interviene sulla responsabilità penale del personale sanitario, introducendo due principali novità: la limitazione della responsabilità penale per colpa lieve quando il professionista segue linee guida o buone pratiche cliniche (articolo 590-*sexies* sostituito) e l'introduzione di fattori attenuanti oggettivi e contestuali per la determinazione della colpa e del suo grado (articolo 590-*septies*);

l'obiettivo dichiarato della predetta disposizione è quello di ridurre la medicina difensiva e garantire maggiore sicurezza giuridica ai professionisti sanitari;

l'articolo 9 interviene quindi sulla responsabilità civile del personale sanitario modificando la cosiddetta legge Gelli (legge n. 24 del 2017) che disciplina la responsabilità civile e penale del personale sanitario, la sicurezza delle cure e le linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali; le modifiche proposte riguardano il riferimento alle buone pratiche clinico-assistenziali e loro applicabilità caso per caso (articolo 5), la revisione dei criteri di responsabilità civile e colpa, inserendo fattori contestuali simili a quelli già previsti dall'articolo 7 del disegno di legge (articolo 7) e la ridefinizione dei concetti di norma inderogabile (comma 5);

la responsabilità professionale deve dunque essere valutata tenendo conto delle condizioni concrete nelle quali il sanitario opera, delle conoscenze scientifiche disponibili e delle caratteristiche del caso sottoposto alle sue cure; ciò per evitare che la paura del contenzioso determini una medicina difensiva;

le carenze di personale, strumenti e organizzazione possono incidere concretamente sulla possibilità di garantire cure tempestive e appropriate, senza tuttavia diventare una giustificazione generalizzata per condotte individuali negligenti, imprudenti o gravemente imperite;

la sicurezza delle cure richiede anche l'individuazione delle responsabilità delle strutture, la raccolta dei dati sugli eventi avversi, l'analisi delle cause e l'adozione di misure correttive;

l'attività svolta in numerose strutture, come ad esempio nei DEA, si caratterizza per l'elevata complessità clinica e

organizzativa, la necessità di assumere decisioni tempestive, la gestione di situazioni di emergenza e urgenza e l'esposizione a carichi di lavoro spesso particolarmente gravosi;

l'individuazione della struttura sanitaria quale unico destinatario dell'azione risarcitoria diretta può contribuire a ricondurre la gestione del rischio clinico e delle conseguenze economiche degli eventi avversi nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, valorizzando la responsabilità della struttura per le condizioni nelle quali vengono erogate le prestazioni e al contempo abbattendo i costi correlati alla medicina difensiva;

è necessario infatti tutelare il professionista da iniziative risarcitorie individuali che possano incidere sulla serenità dell'esercizio professionale, pur preservando ovviamente l'accertamento delle condotte, l'eventuale responsabilità individuale nei rapporti con la struttura e il diritto del paziente a una tutela piena ed effettiva,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di accompagnare le misure recata dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative normativa volte a disciplinare l'azione risarcitoria in materia di responsabilità sanitaria prevedendo, con particolare riferimento al personale operante presso i dipartimenti di emergenza e accettazione e previa verifica della compatibilità con il quadro normativo vigente, che l'azione risarcitoria diretta del paziente sia esperibile nei confronti della struttura sanitaria, pubblica o privata, presso cui è stata resa la prestazione, anziché direttamente nei confronti del singolo professionista, senza che sia pregiudicato il diritto del paziente all'accertamento dei fatti, alla piena tutela giurisdizionale e al risarcimento del danno, assicurando adeguati strumenti di trasparenza, tracciabilità e gestione dei sinistri;

ad adottare ogni iniziativa di competenza al fine di promuovere il rafforzamento dei sistemi di gestione del rischio clinico e di prevenzione degli eventi avversi, nonché la chiara individuazione delle responsabilità organizzative delle strutture sanitarie, affinché le criticità derivanti da carenze di personale, sovraccarichi di lavoro o insufficienze organizzative non ricadano esclusivamente sui singoli professionisti.

9/2700-A/**42**. Alifano.

La Camera,

premesso che:

il Servizio sanitario nazionale è interessato da una persistente e crescente carenza di personale infermieristico che incide negativamente sulla capacità delle strutture sanitarie di garantire livelli adeguati di assistenza, continuità dei servizi e riduzione dei tempi di attesa;

la carenza di infermieri rappresenta una criticità strutturale che interessa l'intero territorio nazionale e determina significative difficoltà organizzative per le aziende sanitarie e ospedaliere;

tale situazione ha favorito negli anni il crescente ricorso a forme di reclutamento temporaneo attraverso i cosiddetti « gettonisti », con effetti distorsivi sull'organizzazione del lavoro, maggiori oneri per il Servizio sanitario nazionale e minore continuità assistenziale;

l'attuale quadro normativo non definisce chiaramente la possibilità per gli enti del Servizio sanitario nazionale di ricorrere, in modo diretto, a collaborazioni libero-professionali con infermieri titolari di partita IVA, rendendo spesso necessario il ricorso a soggetti intermediari, quali soggetti terzi o altri operatori esterni, con conseguenti maggiori costi organizzativi e gestionali;

per il personale medico, invece, l'ordinamento già consente alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione libero professionale, favorendo un reclutamento più rapido e diretto delle professionalità necessarie;

l'estensione di analoghi strumenti di reclutamento diretto al personale infermieristico attraverso rapporti libero-professionali contribuirebbe a rafforzare la capacità di risposta delle strutture sanitarie, assicurando maggiore flessibilità organizzativa e una più efficiente gestione delle risorse umane;

tale soluzione determinerebbe altresì una riduzione del costo complessivo del lavoro per gli enti del Servizio sanitario nazionale, in ragione della diversa incidenza degli oneri contributivi rispetto ad altre forme di collaborazione, consentendo di destinare maggiori risorse all'ampliamento del numero delle professionalità reclutabili,

impegna il Governo

ad accompagnare l'intervento recato dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative normative di competenza volte a disciplinare, nel primo provvedimento utile e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, il ricorso, da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale, al reclutamento diretto del personale infermieristico libero professionale mediante incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione libero-professionale, secondo modalità analoghe a quelle già previste per il personale medico, prevedendo tali modalità in aggiunta a quelle di reclutamento già disciplinate dall'ordinamento, anche al fine di contenere il ricorso al reclutamento tramite soggetti intermediari e di ridurre il fenomeno dei cosiddetti « gettonisti ».

9/2700-A/**43**. Ciocchetti, Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

il Servizio sanitario nazionale è interessato da una persistente e crescente carenza di personale infermieristico che incide negativamente sulla capacità delle strutture sanitarie di garantire livelli adeguati di assistenza, continuità dei servizi e riduzione dei tempi di attesa;

la carenza di infermieri rappresenta una criticità strutturale che interessa l'intero territorio nazionale e determina significative difficoltà organizzative per le aziende sanitarie e ospedaliere;

tale situazione ha favorito negli anni il crescente ricorso a forme di reclutamento temporaneo attraverso i cosiddetti « gettonisti », con effetti distorsivi sull'organizzazione del lavoro, maggiori oneri per il Servizio sanitario nazionale e minore continuità assistenziale;

l'attuale quadro normativo non definisce chiaramente la possibilità per gli enti del Servizio sanitario nazionale di ricorrere, in modo diretto, a collaborazioni libero-professionali con infermieri titolari di partita IVA, rendendo spesso necessario il ricorso a soggetti intermediari, quali soggetti terzi o altri operatori esterni, con conseguenti maggiori costi organizzativi e gestionali;

per il personale medico, invece, l'ordinamento già consente alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione libero professionale, favorendo un reclutamento più rapido e diretto delle professionalità necessarie;

l'estensione di analoghi strumenti di reclutamento diretto al personale infermieristico attraverso rapporti libero-professionali contribuirebbe a rafforzare la capacità di risposta delle strutture sanitarie, assicurando maggiore flessibilità organizzativa e una più efficiente gestione delle risorse umane;

tale soluzione determinerebbe altresì una riduzione del costo complessivo del lavoro per gli enti del Servizio sanitario nazionale, in ragione della diversa incidenza degli oneri contributivi rispetto ad altre forme di collaborazione, consentendo di destinare maggiori risorse all'ampliamento del numero delle professionalità reclutabili,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di accompagnare l'intervento recato dal provvedimento in

esame con ulteriori iniziative normative di competenza volte a disciplinare, nel primo provvedimento utile e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, il ricorso, da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale, al reclutamento diretto del personale infermieristico libero professionale mediante incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione libero-professionale, secondo modalità analoghe a quelle già previste per il personale medico, prevedendo tali modalità in aggiunta a quelle di reclutamento già disciplinate dall'ordinamento, anche al fine di contenere il ricorso al reclutamento tramite soggetti intermediari e di ridurre il fenomeno dei cosiddetti « gettonisti ».

9/2700-A/**43**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Ciocchetti, Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene in materia di formazione sanitaria specialistica, con l'obiettivo di valorizzare le competenze professionali e favorire la disponibilità di professionisti adeguatamente formati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione;

l'evoluzione del quadro epidemiologico, l'incremento delle patologie croniche e il progressivo invecchiamento della popolazione determinano bisogni assistenziali sempre più complessi, che richiedono lo sviluppo di competenze specifiche e percorsi formativi adeguati;

la professione sanitaria di infermiere riveste un ruolo centrale nell'organizzazione e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, contribuendo alla presa in carico della persona lungo l'intero percorso assistenziale, dalla prevenzione alla gestione della cronicità, fino all'assistenza territoriale e domiciliare;

il rafforzamento delle competenze infermieristiche costituisce un elemento rilevante per l'evoluzione dei modelli organizzativi e assistenziali, anche alla luce della necessità di assicurare una risposta appropriata e continuativa ai bisogni di salute e di favorire una maggiore integrazione tra ospedale e territorio;

la crescente complessità dei bisogni assistenziali rende necessario promuovere percorsi di formazione avanzata e specialistica anche per la professione infermieristica, al fine di sviluppare professionalità dotate di competenze specifiche nei diversi ambiti dell'assistenza;

la valorizzazione delle specializzazioni infermieristiche può contribuire a rafforzare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, a sostenere l'innovazione dei modelli assistenziali e a rispondere in modo più efficace alle esigenze emergenti del Servizio sanitario nazionale;

il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze specialistiche rappresentano, altresì, un'opportunità per favorire lo sviluppo professionale degli infermieri, accrescere l'attrattività della professione e promuovere una più efficace utilizzazione delle competenze all'interno del sistema sanitario;

sia opportuno estendere alla professione sanitaria di infermiere gli interventi volti al potenziamento della formazione sanitaria specialistica, promuovendo percorsi formativi coerenti con l'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e con le esigenze organizzative e assistenziali del Servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo

ad accompagnare gli interventi recati dal provvedimento in esame con l'adozione, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto della normativa vigente, di iniziative volte a valorizzare e sviluppare la formazione specialistica della professione sanitaria di infermiere, promuovendo percorsi formativi finalizzati all'acquisizione di competenze avanzate e specifiche, in coerenza con l'evoluzione del quadro epidemiologico, con il progressivo invecchiamento della popolazione e con la crescente complessità dei bisogni assistenziali, al fine di rafforzare la qualità e l'appropriatezza

dell'assistenza e rispondere in maniera sempre più efficace alle esigenze di salute dei cittadini.

9/2700-A/**44**. Pretto.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene in materia di formazione sanitaria specialistica, con l'obiettivo di valorizzare le competenze professionali e favorire la disponibilità di professionisti adeguatamente formati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione;

l'evoluzione del quadro epidemiologico, l'incremento delle patologie croniche e il progressivo invecchiamento della popolazione determinano bisogni assistenziali sempre più complessi, che richiedono lo sviluppo di competenze specifiche e percorsi formativi adeguati;

la professione sanitaria di infermiere riveste un ruolo centrale nell'organizzazione e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, contribuendo alla presa in carico della persona lungo l'intero percorso assistenziale, dalla prevenzione alla gestione della cronicità, fino all'assistenza territoriale e domiciliare;

il rafforzamento delle competenze infermieristiche costituisce un elemento rilevante per l'evoluzione dei modelli organizzativi e assistenziali, anche alla luce della necessità di assicurare una risposta appropriata e continuativa ai bisogni di salute e di favorire una maggiore integrazione tra ospedale e territorio;

la crescente complessità dei bisogni assistenziali rende necessario promuovere percorsi di formazione avanzata e specialistica anche per la professione infermieristica, al fine di sviluppare professionalità dotate di competenze specifiche nei diversi ambiti dell'assistenza;

la valorizzazione delle specializzazioni infermieristiche può contribuire a rafforzare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, a sostenere l'innovazione dei modelli assistenziali e a rispondere in modo più efficace alle esigenze emergenti del Servizio sanitario nazionale;

il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze specialistiche rappresentano, altresì, un'opportunità per favorire lo sviluppo professionale degli infermieri, accrescere l'attrattività della professione e promuovere una più efficace utilizzazione delle competenze all'interno del sistema sanitario;

sia opportuno estendere alla professione sanitaria di infermiere gli interventi volti al potenziamento della formazione sanitaria specialistica, promuovendo percorsi formativi coerenti con l'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e con le esigenze organizzative e assistenziali del Servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di accompagnare gli interventi recati dal provvedimento in esame con l'adozione, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto della normativa vigente, di iniziative volte a valorizzare e sviluppare la formazione specialistica della professione sanitaria di infermiere, promuovendo percorsi formativi finalizzati all'acquisizione di competenze avanzate e specifiche, in coerenza con l'evoluzione del quadro epidemiologico, con il progressivo invecchiamento della popolazione e con la crescente complessità dei bisogni assistenziali, al fine di rafforzare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza e rispondere in maniera sempre più efficace alle esigenze di salute dei cittadini.

9/2700-A/**44**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Pretto.

La Camera,

premesso che:

il riordino delle professioni sanitarie deve essere orientato alla tutela della salute, alla qualità e sicurezza delle prestazioni, alla valorizzazione delle competenze e al riconoscimento del contributo

che ciascuna professione apporta al funzionamento del Servizio sanitario nazionale;

le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, rappresentate dalla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, svolgono funzioni essenziali nell'ambito della diagnostica, della riabilitazione, della prevenzione, dell'assistenza e della promozione della salute;

la legge 26 febbraio 1999, n. 42, e la legge 10 agosto 2000, n. 251, hanno contribuito a definire l'autonomia professionale e il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie, superando una concezione meramente ausiliaria delle relative funzioni;

l'evoluzione dei bisogni di salute e delle tecnologie richiede un aggiornamento delle competenze professionali, che deve tuttavia essere fondato su criteri trasparenti, sull'individuazione delle attività interessate, sulla verifica della formazione necessaria e sul rispetto dei titoli abilitanti;

il riordino delle professioni sanitarie non può determinare sovrapposizioni di competenze, attribuzioni improprie di attività o nuove riserve professionali a danno di professionisti già abilitati, né può consentire che certificazioni dell'esperienza o disposizioni organizzative aziendali si traducano in un'estensione surrettizia delle attività esercitabili in assenza dei necessari requisiti formativi e abilitanti;

la definizione dei decreti legislativi attuativi della delega deve essere accompagnata da un confronto effettivo con le Federazioni nazionali, gli Ordini professionali e le Commissioni di albo interessate, affinché le scelte normative siano fondate sulla conoscenza delle attività concretamente svolte e delle relative responsabilità, senza attribuire agli organismi rappresentativi un potere di veto, ma assicurando che le loro osservazioni siano acquisite e valutate in modo trasparente;

la valorizzazione delle professioni sanitarie richiede, inoltre, percorsi di carriera coerenti con le competenze acquisite e con le responsabilità esercitate, attraverso un'articolazione della dirigenza delle professioni sanitarie per aree professionali e un'offerta di formazione specialistica post-base che consenta lo sviluppo di competenze cliniche, tecnico-diagnostiche, tecnico-assistenziali, riabilitative e preventive,

impegna il Governo

ad adottare in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, volta a:

garantire la tutela dell'autonomia professionale e del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, prevedendo che ogni modifica delle attribuzioni professionali individui espressamente le attività interessate, i titoli abilitanti richiesti e gli eventuali percorsi formativi integrativi, sulla base dei bisogni di salute e delle evidenze scientifiche;

escludere che il riordino delle professioni sanitarie, la ricognizione delle competenze o la certificazione dell'esperienza possano sostituire il titolo abilitante e l'iscrizione all'Albo quando prescritti, ovvero consentire l'esercizio di attività proprie di una diversa professione sanitaria senza i necessari requisiti, salvaguardando al contempo la possibilità di aggiornare e sviluppare le competenze attraverso percorsi formativi adeguati;

prevedere l'acquisizione del parere delle Federazioni nazionali e degli Ordini nazionali interessati sugli schemi dei decreti legislativi attuativi, con il coinvolgimento delle rispettive Commissioni di albo nazionali per le professioni appartenenti a Ordini articolati in più albi, assicurando tempi certi per la consultazione e la trasmissione alle Camere dei pareri acquisiti, unitamente a una relazione sulle motivazioni dell'eventuale mancato accoglimento delle osservazioni formulate;

promuovere una più chiara articolazione della dirigenza delle professioni sa-

nitarie per aree professionali, prevedendo funzioni di direzione tecnico-professionale coerenti con le aree tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione, affidate a professionisti in possesso dei requisiti previsti e appartenenti all'area di riferimento, assicurando la loro partecipazione alle decisioni aziendali relative ai fabbisogni, all'organizzazione del lavoro, alla formazione e alla valutazione della qualità delle prestazioni;

favorire lo sviluppo di percorsi universitari magistrali a indirizzo specialistico e clinico pertinenti ai singoli profili professionali, distinti dai percorsi prevalentemente gestionali e orientati alle competenze tecnico-diagnostiche, tecnico-assistenziali, riabilitative e preventive, definendo in modo trasparente gli esiti professionali dei percorsi e il loro valore ai fini dell'accesso agli incarichi specialistici, nel rispetto dei titoli abilitanti già conseguiti e dell'autonomia organizzativa regionale;

promuovere criteri uniformi e procedure selettive trasparenti per il conferimento degli incarichi di direzione, valorizzando la formazione post-base pertinente e assicurando che l'organizzazione delle funzioni dirigenziali e specialistiche avvenga senza pregiudicare la qualità dei servizi erogati;

emanare un atto di indirizzo nazionale concordato con la Conferenza Stato-regioni che definisca criteri uniformi per la valorizzazione di tutte le professioni coinvolte nei percorsi di emergenza-urgenza, al fine di evitare differenziazioni economiche sproporzionate tra professionisti che operano nello stesso contesto organizzativo e sono sottoposti alle medesime condizioni di disagio e pressione lavorativa;

istituire presso il Ministero della salute un Tavolo nazionale permanente sulle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, con la partecipazione della Federazione nazionale degli Ordini TSRM e PSTRP, delle regioni e delle organizzazioni sindacali;

predisporre un Piano straordinario di valorizzazione delle professioni sanitarie tecniche, comprendente misure economiche, percorsi di carriera e incentivi per le aree maggiormente esposte alla carenza di personale.

9/2700-A/**45**. Iaria, Marianna Ricciardi.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame conferisce al Governo una delega in materia di professioni sanitarie e di responsabilità professionale, offrendo l'opportunità di aggiornare la disciplina degli ordinamenti professionali in coerenza con l'evoluzione delle competenze, dei percorsi formativi e dei bisogni di salute della popolazione;

l'articolo 6 declina i principi e criteri direttivi specifici per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, con lo scopo di intervenire sulle competenze e sulla scadenza dei mandati degli organi e di introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato;

in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici volti alla revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie, è stata introdotta la nuova lettera *a-bis)*, in base ad un emendamento presentato dal gruppo del M5S, che introduce il voto ponderato per il Consiglio nazionale degli psicologi, già previsto per le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946, n. 233;

sarebbe stato auspicabile, sempre con riguardo alla professione di psicologo, il superamento della distinzione dell'Albo in sezione A e sezione B, prevedendo una sola sezione A e la collocazione degli attuali iscritti alla Sezione B in un elenco a esaurimento presso il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi;

la questione dell'articolazione dell'Albo nasce alla luce dell'evoluzione della professione dello psicologo, della necessità di rendere più chiara la distinzione tra i

percorsi formativi e le competenze professionali e dell'esigenza di assicurare un ordinamento coerente con le responsabilità connesse all'esercizio delle attività proprie della professione di psicologo;

un eventuale riordino dell'Albo deve essere accompagnato da una disciplina chiara, che salvaguardi le posizioni degli iscritti, definisca le modalità di collocazione nell'elenco a esaurimento e garantisca certezza rispetto ai titoli posseduti, alle competenze esercitabili e ai diritti professionali già acquisiti, garantendo anche che i trattamenti economici risultino coerenti con l'evoluzione delle attività professionali e con i principi di equo compenso,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, utile a:

procedere a un riordino della disciplina della professione di psicologo, considerando il superamento dell'attuale articolazione dell'Albo in sezione A e sezione B e l'eventuale istituzione di un elenco a esaurimento per gli iscritti alla sezione B, previa verifica degli effetti ordinamentali, formativi e professionali della misura e nel rispetto dei diritti acquisiti, della certezza giuridica e della tutela degli utenti;

promuovere, a tal fine, un confronto con il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, le rappresentanze professionali e le istituzioni formative interessate, per individuare una disciplina transitoria che chiarisca le condizioni di permanenza nell'elenco a esaurimento, le competenze esercitabili e le garanzie applicabili agli iscritti già presenti nella sezione B;

valutare, inoltre, l'aggiornamento dell'Allegato 1, Tabella C, di cui al decreto 19 luglio 2016, n. 165, richiamato dalla legge 21 aprile 2023, n. 49, verificando la congruità dei relativi riferimenti economici rispetto all'evoluzione delle prestazioni professionali.

9/2700-A/**46**. Ferrara.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame conferisce al Governo una delega in materia di professioni sanitarie e di responsabilità professionale, offrendo l'opportunità di aggiornare la disciplina degli ordinamenti professionali in coerenza con l'evoluzione delle competenze, dei percorsi formativi e dei bisogni di salute della popolazione;

l'articolo 6 declina i principi e criteri direttivi specifici per la revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, con lo scopo di intervenire sulle competenze e sulla scadenza dei mandati degli organi e di introdurre misure volte a valorizzare il ruolo degli ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato;

in sede referente, tra i princìpi e criteri direttivi specifici volti alla revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie, è stata introdotta la nuova lettera *a-bis)*, in base ad un emendamento presentato dal gruppo del M5S, che introduce il voto ponderato per il Consiglio nazionale degli psicologi, già previsto per le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946, n. 233;

sarebbe stato auspicabile, sempre con riguardo alla professione di psicologo, il superamento della distinzione dell'Albo in sezione A e sezione B, prevedendo una sola sezione A e la collocazione degli attuali iscritti alla Sezione B in un elenco a esaurimento presso il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi;

la questione dell'articolazione dell'Albo nasce alla luce dell'evoluzione della professione dello psicologo, della necessità di rendere più chiara la distinzione tra i percorsi formativi e le competenze professionali e dell'esigenza di assicurare un ordinamento coerente con le responsabilità connesse all'esercizio delle attività proprie della professione di psicologo;

un eventuale riordino dell'Albo deve essere accompagnato da una disciplina

chiara, che salvaguardi le posizioni degli iscritti, definisca le modalità di collocazione nell'elenco a esaurimento e garantisca certezza rispetto ai titoli posseduti, alle competenze esercitabili e ai diritti professionali già acquisiti, garantendo anche che i trattamenti economici risultino coerenti con l'evoluzione delle attività professionali e con i principi di equo compenso,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, utile a:

procedere a un riordino della disciplina della professione di psicologo, considerando il superamento dell'attuale articolazione dell'Albo in sezione A e sezione B e l'eventuale istituzione di un elenco a esaurimento per gli iscritti alla sezione B, previa verifica degli effetti ordinamentali, formativi e professionali della misura e nel rispetto dei diritti acquisiti, della certezza giuridica e della tutela degli utenti;

promuovere, a tal fine, un confronto con il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, le rappresentanze professionali e le istituzioni formative interessate, per individuare una disciplina transitoria che chiarisca le condizioni di permanenza nell'elenco a esaurimento, le competenze esercitabili e le garanzie applicabili agli iscritti già presenti nella sezione B;

valutare, inoltre, l'aggiornamento dell'Allegato 1, Tabella C, di cui al decreto 19 luglio 2016, n. 165, richiamato dalla legge 21 aprile 2023, n. 49, verificando la congruità dei relativi riferimenti economici rispetto all'evoluzione delle prestazioni professionali.

9/2700-A/**46**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Ferrara.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una delega al Governo per intervenire in materia di professioni sanitarie, con l'obiettivo di valorizzare il personale, migliorare l'organizzazione dei servizi e rafforzare l'efficienza del Servizio sanitario nazionale;

la carenza di personale sanitario e la difficoltà di garantire un'equa distribuzione dei professionisti sul territorio rappresentano criticità particolarmente rilevanti nelle aree interne, nei territori montani e nei comuni caratterizzati da maggiori difficoltà di accesso ai servizi;

le province di Caserta e Benevento presentano realtà territoriali differenti, con particolare riferimento alle aree interne del Sannio e dell'Alto Casertano, nelle quali la distanza dalle strutture sanitarie e la disponibilità di personale possono incidere concretamente sulla tempestività e sulla continuità dell'assistenza;

il rafforzamento dell'attrattività delle professioni sanitarie e la valorizzazione delle competenze devono accompagnarsi a misure che favoriscano la permanenza dei professionisti nelle sedi maggiormente disagiate e garantiscano ai cittadini livelli adeguati di assistenza;

è altresì necessario assicurare che il miglioramento dell'organizzazione sanitaria contribuisca alla riduzione delle liste d'attesa e a una più equilibrata distribuzione delle risorse umane disponibili,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, nell'ambito delle risorse disponibili e nel rispetto delle competenze delle regioni e delle province autonome, volta a:

prevedere criteri e strumenti volti a rafforzare la presenza e la permanenza del personale sanitario nelle aree interne e nelle sedi assistenziali maggiormente esposte a carenze di organico, anche attraverso percorsi di valorizzazione professionale e organizzativa che tengano conto delle distanze dalle strutture ospedaliere e delle

specificità demografiche e orografiche dei territori;

promuovere, nell'ambito degli strumenti di monitoraggio del Servizio sanitario nazionale, una rilevazione periodica delle carenze di personale e delle criticità nell'accesso alle prestazioni, con particolare attenzione alle aree interne quali le province di Caserta e Benevento, al fine di orientare la programmazione del personale e l'organizzazione dei servizi verso il miglioramento della continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di attesa, affinché i benefici della riforma siano percepibili anche dai cittadini residenti nei territori più distanti dai principali poli ospedalieri.

9/2700-A/**47**. Cerreto, Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una disciplina di delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico, i princìpi e i criteri direttivi di delega concernono, tra l'altro, il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo, nonché la formazione sanitaria specialistica, con particolare riferimento, tra l'altro, alla stessa professione di psicologo, per la quale si enuncia l'obiettivo di soddisfare la necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute – in coerenza con le esigenze del Servizio sanitario nazionale – mediante la razionalizzazione e l'eventuale aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi;

la riforma delle professioni sanitarie rappresenta oggi un passaggio strategico e fondamentale per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e, in quanto tale, necessita di essere affrontata adottando un approccio sistemico e sistematico rispetto al tema della salute, il quale riconosca tra le priorità sanitarie esistenti a livello nazionale, europeo e internazionale la salute psicologica;

al contrario, nel provvedimento in esame non risulta presente alcuna analisi relativa ai nuovi bisogni di salute, tra i quali assumono un ruolo emergenziale la salute mentale, il benessere psicologico e la dimensione socio-affettiva della persona, bisogni sempre più demandati alla libera professione, generando importanti disuguaglianze di accesso alle cure;

la legge n. 3 del 2018 ha ricompreso a pieno titolo la professione di psicologo tra le professioni sanitarie, in quanto finalizzata alla tutela della salute mentale, al benessere psicofisico e al miglioramento della qualità della vita delle persone. Tuttavia, le discipline psicologiche hanno maturato competenze, strumenti e ambiti di intervento specifici, non sovrapponibili a quelli di altre professioni sanitarie mediche o non mediche. Inoltre, la professione psicologica non costituisce una declinazione della professione medica e, in quanto tale, non può essere assimilata a modelli di cura esclusivamente biologici, mentre richiede di essere inserita strutturalmente nel Servizio sanitario nazionale, con funzioni proprie e specifiche in materia di tutela della salute mentale, del benessere psicofisico e della qualità della vita della persona;

il rilievo progressivamente maggiore ricoperto dalla professione dello psicologo richiede, altresì, un potenziamento della formazione psicologica, la quale appare oggi caratterizzata da una sovrapproduzione di laureati, dalla svalutazione della professione, nonché dall'assenza di specializzazioni psicologiche riconosciute nel Servizio sanitario nazionale oltre alla psicoterapia ed a quelle equipollenti. Ciò rende pertanto necessario un riordino complessivo del percorso formativo, in piena coerenza con i bisogni del sistema sanitario pubblico,

impegna il Governo

ad accompagnare le disposizioni previste dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative di competenza volte a:

completare la riforma delle professioni del Servizio sanitario nazionale attraverso

il pieno riconoscimento della salute psicofisica e del benessere psicologico quali componenti essenziali della salute umana e l'integrazione strutturale della professione psicologica nel SSN, quale condizione necessaria per garantire l'equità di accesso alle cure, la qualità e la completezza dell'assistenza, nonché la sostenibilità del sistema sanitario nel medio e lungo periodo;

strutturare, nel Servizio sanitario nazionale, la figura degli psicologi specializzandi in psicoterapia o in altri corsi *post* laurea equipollenti, in piena coerenza con gli obiettivi di potenziamento della formazione psicologica recati dal provvedimento in esame, nonché dei bisogni del sistema sanitario pubblico, anche mediante l'istituzione di corsi di formazione che favoriscano l'acquisizione delle *soft skill* e delle competenze trasversali.

9/2700-A/**48**. D'Alessio.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una disciplina di delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico, i princìpi e i criteri direttivi di delega concernono, tra l'altro, il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo, nonché la formazione sanitaria specialistica, con particolare riferimento, tra l'altro, alla stessa professione di psicologo, per la quale si enuncia l'obiettivo di soddisfare la necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute – in coerenza con le esigenze del Servizio sanitario nazionale – mediante la razionalizzazione e l'eventuale aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi;

la riforma delle professioni sanitarie rappresenta oggi un passaggio strategico e fondamentale per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e, in quanto tale, necessita di essere affrontata adottando un approccio sistemico e sistematico rispetto al tema della salute, il quale riconosca tra le priorità sanitarie esistenti a livello nazionale, europeo e internazionale la salute psicologica;

al contrario, nel provvedimento in esame non risulta presente alcuna analisi relativa ai nuovi bisogni di salute, tra i quali assumono un ruolo emergenziale la salute mentale, il benessere psicologico e la dimensione socio-affettiva della persona, bisogni sempre più demandati alla libera professione, generando importanti disuguaglianze di accesso alle cure;

la legge n. 3 del 2018 ha ricompreso a pieno titolo la professione di psicologo tra le professioni sanitarie, in quanto finalizzata alla tutela della salute mentale, al benessere psicofisico e al miglioramento della qualità della vita delle persone. Tuttavia, le discipline psicologiche hanno maturato competenze, strumenti e ambiti di intervento specifici, non sovrapponibili a quelli di altre professioni sanitarie mediche o non mediche. Inoltre, la professione psicologica non costituisce una declinazione della professione medica e, in quanto tale, non può essere assimilata a modelli di cura esclusivamente biologici, mentre richiede di essere inserita strutturalmente nel Servizio sanitario nazionale, con funzioni proprie e specifiche in materia di tutela della salute mentale, del benessere psicofisico e della qualità della vita della persona;

il rilievo progressivamente maggiore ricoperto dalla professione dello psicologo richiede, altresì, un potenziamento della formazione psicologica, la quale appare oggi caratterizzata da una sovrapproduzione di laureati, dalla svalutazione della professione, nonché dall'assenza di specializzazioni psicologiche riconosciute nel Servizio sanitario nazionale oltre alla psicoterapia ed a quelle equipollenti. Ciò rende pertanto necessario un riordino complessivo del percorso formativo, in piena coerenza con i bisogni del sistema sanitario pubblico,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di accompagnare le disposizioni previste dal provvedimento

in esame con ulteriori iniziative di competenza volte a:

completare la riforma delle professioni del Servizio sanitario nazionale attraverso il pieno riconoscimento della salute psicofisica e del benessere psicologico quali componenti essenziali della salute umana e l'integrazione strutturale della professione psicologica nel SSN, quale condizione necessaria per garantire l'equità di accesso alle cure, la qualità e la completezza dell'assistenza, nonché la sostenibilità del sistema sanitario nel medio e lungo periodo;

strutturare, nel Servizio sanitario nazionale, la figura degli psicologi specializzandi in psicoterapia o in altri corsi *post* laurea equipollenti, in piena coerenza con gli obiettivi di potenziamento della formazione psicologica recati dal provvedimento in esame, nonché dei bisogni del sistema sanitario pubblico, anche mediante l'istituzione di corsi di formazione che favoriscano l'acquisizione delle *soft skill* e delle competenze trasversali.

9/2700-A/**48**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* D'Alessio.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene per potenziare il Servizio sanitario nazionale e assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei princìpi della dignità e della centralità della persona e dei bisogni del malato;

il provvedimento contiene princìpi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario, per lo sviluppo delle sue competenze professionali e per il riconoscimento del suo valore;

il personale del SSN è parte di aziende altamente complesse, guidate da direttori generali, sanitari e amministrativi ai quali la legge impone enormi responsabilità e richiede qualifiche di altissimo livello;

il compenso economico di queste figure gestionali non viene rideterminato da oltre venticinque anni, non è mai stato adeguato all'inflazione ed è bloccato alle indicazioni di importo massimo fissato nel 2001 da disciplina statale;

il protrarsi di tale mancato aggiornamento ha determinato una progressiva erosione del valore reale del trattamento economico di queste figure altamente specializzate sul piano manageriale;

la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie è in capo alle regioni, che possono selezionare i professionisti tra gli idonei all'incarico facenti parte dell'Elenco nazionale istituito presso il Ministero della salute e regolato dal decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, e successive modificazioni;

il limite del compenso dei direttori generali è fissato dall'articolo 1, comma 5, secondo alinea, primo periodo, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502 (poi modificato dall'articolo 1, comma 1, lettera *c)*), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2001, n. 319);

appare pertanto necessario consentire alle regioni di adeguare i suddetti compensi alle responsabilità connesse all'incarico, alle responsabilità e alle esigenze di gestione delle aziende e degli enti interessati,

impegna il Governo

ad accompagnare le misure recate dal provvedimento in esame, nei successivi interventi sulla riorganizzazione del personale sanitario o auspicabilmente nella prossima sessione di bilancio, con ulteriori iniziative, anche normative, volte a:

rideterminare il trattamento economico complessivo dei direttori generali delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari, delle aziende con facoltà di medicina, delle aziende istituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, degli Irccs, delle aziende di coordinamento e delle agenzie sanitarie regionali;

mantenendo ferma l'autonomia regionale nella determinazione dei trattamenti economici, consentire alle regioni di superare il limite previsto dalla disciplina statale, senza fissare un nuovo importo massimo nella disposizione proposta;

valorizzare le figure manageriali di aziende altamente complesse, nelle quali i dirigenti responsabili sono quotidianamente chiamati a coniugare la tutela della salute pubblica con rigidi vincoli economici, gestendo al contempo una rete altamente differenziata di professionisti e tecnologie.

9/2700-A/**49**. Ciancitto, Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene per potenziare il Servizio sanitario nazionale e assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei princìpi della dignità e della centralità della persona e dei bisogni del malato;

il provvedimento contiene princìpi e criteri direttivi specifici per l'adozione di misure in favore del personale sanitario, per lo sviluppo delle sue competenze professionali e per il riconoscimento del suo valore;

il personale del SSN è parte di aziende altamente complesse, guidate da direttori generali, sanitari e amministrativi ai quali la legge impone enormi responsabilità e richiede qualifiche di altissimo livello;

il compenso economico di queste figure gestionali non viene rideterminato da oltre venticinque anni, non è mai stato adeguato all'inflazione ed è bloccato alle indicazioni di importo massimo fissato nel 2001 da disciplina statale;

il protrarsi di tale mancato aggiornamento ha determinato una progressiva erosione del valore reale del trattamento economico di queste figure altamente specializzate sul piano manageriale;

la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie è in capo alle regioni, che possono selezionare i professionisti tra gli idonei all'incarico facenti parte dell'Elenco nazionale istituito presso il Ministero della salute e regolato dal decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, e successive modificazioni;

il limite del compenso dei direttori generali è fissato dall'articolo 1, comma 5, secondo alinea, primo periodo, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502 (poi modificato dall'articolo 1, comma 1, lettera *c)*), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 31 maggio 2001, n. 319);

appare pertanto necessario consentire alle regioni di adeguare i suddetti compensi alle responsabilità connesse all'incarico, alle responsabilità e alle esigenze di gestione delle aziende e degli enti interessati,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di accompagnare, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, le misure recate dal provvedimento in esame, nei successivi interventi sulla riorganizzazione del personale sanitario o auspicabilmente nella prossima sessione di bilancio, con ulteriori iniziative, anche normative, volte a:

rideterminare il trattamento economico complessivo dei direttori generali delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari, delle aziende con facoltà di medicina, delle aziende istituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, degli Irccs, delle aziende di coordinamento e delle agenzie sanitarie regionali;

mantenendo ferma l'autonomia regionale nella determinazione dei trattamenti economici, consentire alle regioni di superare il limite previsto dalla disciplina statale, senza fissare un nuovo importo massimo nella disposizione proposta;

valorizzare le figure manageriali di aziende altamente complesse, nelle quali i dirigenti responsabili sono quotidianamente

chiamati a coniugare la tutela della salute pubblica con rigidi vincoli economici, gestendo al contempo una rete altamente differenziata di professionisti e tecnologie.

9/2700-A/**49**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Ciancitto, Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame delega il Governo ad avviare un processo di revisione del sistema delle professioni sanitarie, al fine di adeguarlo all'evoluzione dei bisogni assistenziali e valorizzare le competenze dei professionisti;

l'incidenza delle patologie croniche e l'invecchiamento della popolazione, unitamente alle difficoltà di accesso all'assistenza primaria, anche a causa della carenza di medici di medicina generale, determinano una crescente pressione sui servizi sanitari, in particolare su quelli di emergenza-urgenza;

in tale contesto, anche alla luce delle esperienze maturate in altri Paesi, la figura del farmacista clinico di pronto soccorso può contribuire a migliorare l'appropriatezza e la sicurezza delle terapie farmacologiche, favorendo l'integrazione delle competenze professionali e una più efficiente gestione dei percorsi assistenziali, nonché la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e delle visite specialistiche ed esami diagnostici non necessari,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, volta al riconoscimento e alla valorizzazione della figura del farmacista clinico di pronto soccorso, anche attraverso l'aggiornamento della disciplina recata dal regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e la definizione di specifici percorsi formativi.

9/2700-A/**50**. Matone, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame delega il Governo ad avviare un processo di revisione del sistema delle professioni sanitarie, al fine di adeguarlo all'evoluzione dei bisogni assistenziali e valorizzare le competenze dei professionisti;

l'incidenza delle patologie croniche e l'invecchiamento della popolazione, unitamente alle difficoltà di accesso all'assistenza primaria, anche a causa della carenza di medici di medicina generale, determinano una crescente pressione sui servizi sanitari, in particolare su quelli di emergenza-urgenza;

in tale contesto, anche alla luce delle esperienze maturate in altri Paesi, la figura del farmacista clinico di pronto soccorso può contribuire a migliorare l'appropriatezza e la sicurezza delle terapie farmacologiche, favorendo l'integrazione delle competenze professionali e una più efficiente gestione dei percorsi assistenziali, nonché la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e delle visite specialistiche ed esami diagnostici non necessari,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa di competenza, volta al riconoscimento e alla valorizzazione della figura del farmacista clinico di pronto soccorso, anche attraverso l'aggiornamento della disciplina recata dal regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e la definizione di specifici percorsi formativi.

9/2700-A/**50**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Matone, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4 prevede, alla lettera *a)* tra i principi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali

del personale sanitario, l'attualizzazione delle competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione;

la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), ratificata dall'Italia con legge n. 77 del 2013, costituisce un riferimento giuridico vincolante;

la Convenzione di Istanbul, all'articolo 15 impegna gli Stati a fornire o rafforzare un'adeguata formazione alle figure professionali che entrano in contatto con le vittime di violenza, con particolare riguardo alla prevenzione di tali violenze, ai bisogni e i diritti delle vittime, e alla prevenzione della vittimizzazione secondaria;

la legge n. 181 del 2 del dicembre 2025 (Introduzione del delitto di femminicidio e altri interventi normativi per il contrasto alla violenza nei confronti delle donne e per la tutela delle vittime), all'articolo 8, comma 2, prevede che l'aggiornamento periodico dei professionisti sanitari sia realizzato anche attraverso il conseguimento di crediti formativi per acquisire una specifica conoscenza professionale in materia di contrasto alla violenza sulle donne e alla violenza domestica;

esperienze già adottate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, quali, tra le altre, il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) della Clinica Mangiagalli della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, lo Sportello Donna H24 all'interno del Pronto soccorso dell'Ospedale San Camillo di Roma, gestito dalla cooperativa Be Free, il Centro antiviolenza S.O.S. LEI del Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma, gestito dall'associazione Assolei, e il Codice Rosa, nato presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto – la cui « Stanza Rosa » è stata visitata dal Presidente della Repubblica il 17 settembre 2026 – e successivamente sviluppato come rete regionale in Toscana, evidenziano quanto l'efficacia della risposta sanitaria nei casi di violenza sessuale e domestica dipenda dalla formazione del personale preposto al primo contatto, dalla presenza di équipe multidisciplinari e dalla collaborazione con i centri antiviolenza e i servizi territoriali, al fine di garantire alle persone che hanno subito violenza percorsi individualizzati di accoglienza, assistenza e presa in carico,

impegna il Governo

ad accompagnare le disposizioni previste dal provvedimento in esame con ulteriori iniziative di competenza volte a:

dare piena attuazione alle disposizioni previste dall'articolo 8, comma 2, della legge n. 181 del 2 del dicembre 2025, al fine di rafforzare la diffusione della formazione del personale sanitario in materia di contrasto alla violenza sulle donne e alla violenza domestica;

promuovere, anche attraverso la valorizzazione di esperienze già sviluppate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e d'intesa con le regioni, la diffusione di programmi formativi e di percorsi multidisciplinari di presa in carico su tutto il territorio nazionale.

9/2700-A/**51**. Zanella, Bonelli, Borrelli, Dori, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 4 del provvedimento in esame, reca principi e criteri direttivi specifici per lo sviluppo delle competenze professionali del personale sanitario, l'aggiornamento delle stesse competenze professionali rispetto all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, nonché alla lettera *h)* l'individuazione di un sistema integrato di collaborazione interdisciplinare tra gli specialisti in medicina dello sport, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i fisioterapisti, per la promozione dell'esercizio fisico strutturato quale strumento per il benessere fisico e mentale della persona;

l'articolo 41 del decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, riconosce al chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate, in possesso della laurea magistrale LM-67, la progettazione e la conduzione di programmi di esercizio fisico finalizzati alla prevenzione, al mantenimento dell'efficienza fisica e al recupero funzionale post-riabilitativo in condizioni clinicamente controllate e stabilizzate;

secondo quanto riferito dal Comitato Italiano Scienze Motorie (CISM), nel 2022 è stata avviata, presso la Direzione Generale delle professioni sanitarie delle risorse umane del Ministero della salute, la procedura per l'individuazione del Chinesiologo LM-67 quale nuova professione sanitaria;

nel marzo 2023 il Comitato sarebbe stato audito dal Consiglio Superiore di Sanità e, nel luglio 2023, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni avrebbe espresso parere favorevole,

impegna il Governo

ad adottare, in sede di attuazione del presente provvedimento e nell'ambito di futuri interventi normativi, ogni iniziativa utile a dare seguito e portare a conclusione, per quanto di competenza, il procedimento relativo all'individuazione del chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate quale professione sanitaria.

9/2700-A/**52**. Borrelli, Bonelli, Dori, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zanella, Zaratti.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame prevede all'articolo 3, lettera *h)*, per i professionisti sanitari autorizzati, in base alla vigente normativa temporanea, all'esercizio dell'attività professionale – presso strutture sanitarie o socio-sanitarie, anche con incarico inquadrato come lavoro autonomo – sulla base di un riconoscimento regionale (o della provincia autonoma) e in deroga alla disciplina sul riconoscimento delle qualifiche conseguite all'estero, la definizione sia dell'obbligo di iscrizione in elenchi speciali straordinari, presso i relativi ordini professionali, sia della condizione del previo accertamento delle necessarie conoscenze linguistiche, da svolgersi presso l'ordine territorialmente competente ovvero presso la regione o provincia autonoma territorialmente competente;

la norma di delega pone i suddetti obbligo e condizione quali requisiti necessari per l'avvio o la prosecuzione dell'attività lavorativa in deroga;

tale disposizione rischia quindi di intervenire rispetto a situazioni giuridiche in essere, facenti capo a professionisti che operano in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali oramai già consolidate sulla base della normativa straordinaria di contenuto derogatorio di cui all'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023;

sulla base della predetta normativa sono attualmente vigenti centinaia di contratti a tempo determinato sino al 31 dicembre 2029 concernenti professionisti che stanno svolgendo prestazioni sanitarie commissionate dalle strutture sanitarie locali in termini coerenti con il quadro normativo vigente;

è quindi di tutta evidenza la difficoltà di applicazione di una disposizione che sottopone detto personale medico extra UE ad accertamenti inerenti la conoscenza della lingua rispetto a contratti in corso, come detto aventi durata sino al 31 dicembre 2029, e concernenti personale che, tra l'altro, in molti casi, ha già seguito specifici corsi di formazione – soprattutto linguistica nel caso dei professionisti che operano in alcune regioni – e che forniscono prestazioni di assoluta eccellenza, garantendo la sicurezza delle cure e l'adeguata comunicazione con i pazienti. L'esperienza maturata in questi anni ha infatti già dimostrato il livello assolutamente elevato delle prestazioni professionali rese;

l'iscrizione agli Ordini professionali comporterebbe poi – nei confronti del per-

sonale che oggi già opera in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali – oneri finanziari rilevanti non previsti in ambito contrattuale, e rispetto a cui sarebbero molteplici le criticità che dovrebbero affrontare professionisti che hanno pianificato la permanenza nel nostro Paese sulla base di corrispettivi e di oneri preventivamente concordati;

è inoltre importante rilevare che la disciplina ordinamentale della professione sanitaria dettata dagli stessi Consigli dell'Ordine, potrebbe non attagliarsi alla specificità delle prestazioni richieste al predetto personale, anche tenuto conto che non è chiarita la stessa disciplina che si vorrebbe imporre nell'ambito della riconduzione di detto personale agli elenchi speciali;

è quindi importante chiarire che l'iscrizione all'Ordine abbia comunque prevalentemente una finalità informativa e di trasparenza, che non incida sul riconoscimento regionale (o della provincia autonoma), come da disciplina derogatoria prevista dalla normativa vigente,

impegna il Governo

nell'esercizio della delega, a tenere conto di quanto riportato in premessa, escludendo dalla disciplina prevista dall'articolo 3, comma 1, lettera *h)*, i contratti già formalizzati prima dell'entrata in vigore della nuova normativa, non incidendo quindi su situazioni già consolidate sulla base della normativa straordinaria di contenuto derogatorio di cui all'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023, e prevedendo in ogni caso opportune iniziative volte a chiarire la finalità dell'iscrizione agli elenchi speciali straordinari degli Ordini, prevalentemente di tipo organizzativo e informativo, salvaguardando appieno la vigente disciplina derogatoria prevista dall'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023, che assegna alle regioni e alle province autonome il riconoscimento dei titoli.

9/2700-A/**53**. Bagnasco.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame prevede all'articolo 3, lettera *h)*, per i professionisti sanitari autorizzati, in base alla vigente normativa temporanea, all'esercizio dell'attività professionale – presso strutture sanitarie o socio-sanitarie, anche con incarico inquadrato come lavoro autonomo – sulla base di un riconoscimento regionale (o della provincia autonoma) e in deroga alla disciplina sul riconoscimento delle qualifiche conseguite all'estero, la definizione sia dell'obbligo di iscrizione in elenchi speciali straordinari, presso i relativi ordini professionali, sia della condizione del previo accertamento delle necessarie conoscenze linguistiche, da svolgersi presso l'ordine territorialmente competente ovvero presso la regione o provincia autonoma territorialmente competente;

la norma di delega pone i suddetti obbligo e condizione quali requisiti necessari per l'avvio o la prosecuzione dell'attività lavorativa in deroga;

tale disposizione rischia quindi di intervenire rispetto a situazioni giuridiche in essere, facenti capo a professionisti che operano in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali oramai già consolidate sulla base della normativa straordinaria di contenuto derogatorio di cui all'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023;

sulla base della predetta normativa sono attualmente vigenti centinaia di contratti a tempo determinato sino al 31 dicembre 2029 concernenti professionisti che stanno svolgendo prestazioni sanitarie commissionate dalle strutture sanitarie locali in termini coerenti con il quadro normativo vigente;

è quindi di tutta evidenza la difficoltà di applicazione di una disposizione che sottopone detto personale medico extra UE ad accertamenti inerenti la conoscenza della lingua rispetto a contratti in corso, come detto aventi durata sino al 31 dicembre 2029, e concernenti personale che, tra

l'altro, in molti casi, ha già seguito specifici corsi di formazione – soprattutto linguistica nel caso dei professionisti che operano in alcune regioni – e che forniscono prestazioni di assoluta eccellenza, garantendo la sicurezza delle cure e l'adeguata comunicazione con i pazienti. L'esperienza maturata in questi anni ha infatti già dimostrato il livello assolutamente elevato delle prestazioni professionali rese;

l'iscrizione agli Ordini professionali comporterebbe poi – nei confronti del personale che oggi già opera in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali – oneri finanziari rilevanti non previsti in ambito contrattuale, e rispetto a cui sarebbero molteplici le criticità che dovrebbero affrontare professionisti che hanno pianificato la permanenza nel nostro Paese sulla base di corrispettivi e di oneri preventivamente concordati;

è inoltre importante rilevare che la disciplina ordinamentale della professione sanitaria dettata dagli stessi Consigli dell'Ordine, potrebbe non attagliarsi alla specificità delle prestazioni richieste al predetto personale, anche tenuto conto che non è chiarita la stessa disciplina che si vorrebbe imporre nell'ambito della riconduzione di detto personale agli elenchi speciali;

è quindi importante chiarire che l'iscrizione all'Ordine abbia comunque prevalentemente una finalità informativa e di trasparenza, che non incida sul riconoscimento regionale (o della provincia autonoma), come da disciplina derogatoria prevista dalla normativa vigente,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di tenere conto, nell'esercizio della delega, a tenere conto di quanto riportato in premessa.

9/2700-A/**53**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Bagnasco.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame conferisce al Governo una delega in materia di professioni sanitarie, finalizzata anche a rafforzare il Servizio sanitario nazionale e ad assicurare un'adeguata disponibilità di personale sanitario sull'intero territorio nazionale;

l'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, prevede misure relative alla permanenza e alla valorizzazione professionale del personale sanitario che presta servizio nelle aree disagiate, richiamando espressamente i territori delle isole minori marine;

anche le isole lagunari e lacustri possono presentare condizioni di particolare disagio connesse alle difficoltà dei collegamenti, alla mobilità del personale sanitario e all'accessibilità dei servizi, con conseguenze sulla continuità dell'assistenza alle comunità residenti;

il Comitato per la legislazione, nel parere espresso sul provvedimento, ha segnalato l'opportunità di precisare se nell'ambito delle aree disagiate di cui all'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, siano comprese, oltre alle isole minori, anche le isole lagunari e lacustri;

il disegno di legge A.S. 1837, recante misure per la tutela e lo sviluppo delle isole minori, distingue espressamente le isole marine da quelle lagunari e lacustri, riconoscendo le specificità territoriali di queste ultime,

impegna il Governo

a prevedere, nell'esercizio della delega legislativa di cui all'articolo 1, che nell'individuazione delle aree disagiate ai fini dell'applicazione delle misure previste dall'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, siano espressamente considerate anche le isole lagunari e lacustri che presentino particolari difficoltà di collegamento e di accessibilità ai servizi sanitari, al fine di favorire la permanenza del personale sanitario e garantire la continuità dell'assistenza alle comunità residenti, nel rispetto delle risorse disponibili a legislazione vigente.

9/2700-A/**54**. Gardini, Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame conferisce al Governo una delega in materia di professioni sanitarie, finalizzata anche a rafforzare il Servizio sanitario nazionale e ad assicurare un'adeguata disponibilità di personale sanitario sull'intero territorio nazionale;

l'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, prevede misure relative alla permanenza e alla valorizzazione professionale del personale sanitario che presta servizio nelle aree disagiate, richiamando espressamente i territori delle isole minori marine;

anche le isole lagunari e lacustri possono presentare condizioni di particolare disagio connesse alle difficoltà dei collegamenti, alla mobilità del personale sanitario e all'accessibilità dei servizi, con conseguenze sulla continuità dell'assistenza alle comunità residenti;

il Comitato per la legislazione, nel parere espresso sul provvedimento, ha segnalato l'opportunità di precisare se nell'ambito delle aree disagiate di cui all'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, siano comprese, oltre alle isole minori, anche le isole lagunari e lacustri;

il disegno di legge A.S. 1837, recante misure per la tutela e lo sviluppo delle isole minori, distingue espressamente le isole marine da quelle lagunari e lacustri, riconoscendo le specificità territoriali di queste ultime,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere, nell'esercizio della delega legislativa di cui all'articolo 1, che nell'individuazione delle aree disagiate ai fini dell'applicazione delle misure previste dall'articolo 3, comma 1, lettere *b)* e *c)*, siano espressamente considerate anche le isole lagunari e lacustri che presentino particolari difficoltà di collegamento e di accessibilità ai servizi sanitari, al fine di favorire la permanenza del personale sanitario e garantire la continuità dell'assistenza alle comunità residenti, nel rispetto delle risorse disponibili a legislazione vigente.

9/2700-A/**54**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Gardini, Caretta, Ciaburro.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge A.C. 2700-A reca la delega al Governo in materia di professioni sanitarie, al fine di potenziare il Servizio sanitario nazionale e di assicurare la disponibilità delle risorse umane necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza;

l'osteopatia è stata riconosciuta come professione sanitaria dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3; il decreto del Presidente della Repubblica 7 luglio 2021, n. 131 ne ha definito la figura e il profilo professionale; il decreto del Ministro dell'università e della ricerca 29 novembre 2023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 16 febbraio 2024, ha definito l'ordinamento didattico del corso di laurea abilitante in Osteopatia; in sede di Conferenza Stato-regioni, il 18 dicembre 2025, è stata sancita l'intesa sui criteri per il riconoscimento dei titoli pregressi, con l'istituzione di elenchi speciali ad esaurimento presso la Federazione nazionale degli ordini TSRM e PSTRP;

nella fase attuativa del profilo professionale sono emerse interpretazioni applicative non omogenee sul territorio nazionale; in particolare, il riferimento di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 2021 al « trattamento osteopatico di disfunzioni somatiche non riconducibili a patologie » è stato talvolta letto in senso riduttivo, anche come limitazione alla sola prevenzione primaria, con il rischio di generare criticità con altre professioni sanitarie, difformità nei percorsi assistenziali e disparità nell'accesso dei cittadini a servizi appropriati;

tale riferimento attiene all'oggetto dell'intervento (disfunzioni somatiche, ossia alterazioni delle funzioni non equiva-

lenti a diagnosi patologiche) e non al profilo del paziente; lo stesso decreto del Presidente della Repubblica prevede infatti che l'osteopata operi anche in riferimento alla diagnosi di competenza medica e reindirizzi il paziente al medico inviante quando i sintomi persistono oltre i tempi previsti o peggiorano;

il profilo professionale definito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 2021 colloca l'osteopata nell'area della prevenzione e del mantenimento della salute; tale collocazione, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione e con il Piano Nazionale della Cronicità, interessa tutti i livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), dalla promozione della salute nei soggetti sani al contributo al recupero funzionale e al miglioramento della qualità della vita nei pazienti che presentano patologie, in raccordo con la diagnosi di competenza medica;

attualmente l'attività osteopatica è svolta in larga parte nel circuito privato non convenzionato, e l'assenza di un inquadramento nei *setting* organizzativi in cui operano le professioni sanitarie, pur a fronte dell'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 131 del 2021, ostacola l'integrazione nei percorsi assistenziali e la collaborazione strutturata con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti;

l'avvio dei corsi di laurea in Osteopatia rende urgente assicurare la sostenibilità e la qualità della formazione professionalizzante, la cui componente clinico-pratica è essenziale per la sicurezza dell'utenza; la mancanza di ambulatori e servizi strutturati di osteopatia nelle aziende sanitarie e nei policlinici universitari rende complessa l'individuazione di sedi di tirocinio adeguate, con il rischio di disomogeneità territoriali;

l'articolo 3, comma 1, lettera *g)*, del provvedimento, come modificato dalla Commissione, prevede una metodologia comune di pianificazione e previsione del numero degli operatori in formazione di tutte le professioni sanitarie, e l'articolo 4 valorizza le competenze professionali e la collaborazione interdisciplinare;

il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Nazionale della Cronicità delineano un modello di assistenza territoriale fondato sulla presa in carico integrata, sulla prossimità e sul lavoro in team multiprofessionali, anche nelle Case della Comunità,

impegna il Governo

nell'esercizio della delega di cui all'articolo 1 del provvedimento in esame, o nell'ambito di futuri interventi normativi, e nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, ad adottare ogni iniziativa di competenza volta a:

definire, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, indirizzi di chiarimento del profilo professionale dell'osteopata e dei relativi ambiti di intervento, al fine di garantire uniformità applicativa sul territorio nazionale, confermando la collocazione dell'osteopata lungo tutti i livelli della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione e con il Piano Nazionale della Cronicità, ferma restando la competenza medica della diagnosi;

prevedere modelli organizzativi per l'inserimento progressivo dell'osteopata nei *setting* territoriali e ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale e nelle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, in coerenza con il DM n. 77 del 2022, promuovendone l'integrazione nei team multiprofessionali e nei percorsi assistenziali, anche mediante protocolli operativi di raccordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nel rispetto dei confini di competenza delle altre professioni sanitarie e della sicurezza delle cure, valorizzandone il contributo alle attività di prevenzione, nei suoi diversi livelli, e alla presa in carico della cronicità e della fragilità;

individuare, in raccordo con il Ministero dell'università e della ricerca, il Ministero della salute e le regioni, criteri e standard nazionali per l'accreditamento di una rete di sedi formative e di tirocinio clinico-pratico, anche mediante l'attivazione progressiva e sperimentale di ambulatori e servizi dedicati o integrati, assicurando requisiti uniformi di qualità, sicurezza, tutoraggio e supervisione multiprofessionale;

includere la professione di osteopata nella metodologia di pianificazione di cui all'articolo 3, comma 1, lettera *g)*, e promuovere, con le istituzioni competenti, un sistema di monitoraggio e censimento che consenta di conoscere numero e distribuzione territoriale dei professionisti e di programmare in modo coerente l'offerta formativa, la rete dei tirocini e l'integrazione nei servizi.

9/2700-A/**55**. Panizzut, Loizzo.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una disciplina di delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico, i princìpi e i criteri direttivi di delega concernono, tra l'altro, il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo, nonché la formazione sanitaria specialistica, con particolare riferimento, tra l'altro, alla stessa professione di psicologo, per la quale si enuncia l'obiettivo di soddisfare la necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute – in coerenza con le esigenze del Servizio sanitario nazionale – mediante la razionalizzazione e l'eventuale aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi;

la tutela della salute psicologica costituisce una componente essenziale del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, e assume una rilevanza crescente nell'ambito delle politiche sanitarie, anche in considerazione dell'incremento dell'attenzione verso il benessere psicologico, della diffusione di situazioni di disagio e fragilità e della necessità di intervenire tempestivamente sui fattori di rischio, prevenendo l'aggravamento delle condizioni di sofferenza e le conseguenti ricadute sanitarie, sociali ed economiche;

la domanda di prestazioni psicologiche riguarda una pluralità di ambiti e fasce della popolazione e non si esaurisce nel trattamento dei disturbi mentali, comprendendo, al contrario, anche la prevenzione, il sostegno nelle fasi di particolare vulnerabilità, gli interventi in età evolutiva, il supporto alle famiglie e alle persone con patologie croniche o disabilità, nonché la necessità di assistenza nei contesti scolastici, lavorativi e sociali;

particolare attenzione richiedono, infatti, i minori e i giovani, per i quali l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e la tempestività dell'intervento possono contribuire a prevenire l'evoluzione delle difficoltà psicologiche in condizioni più complesse, riducendo il rischio di interruzione dei percorsi scolastici e relazionali e di ricorso tardivo ai servizi specialistici;

secondo il Rapporto sulla salute mentale del Ministero della salute, nel corso del 2024 sono state assistite dai servizi specialistici 845.516 persone e 272.497 persone sono entrate in contatto per la prima volta nell'anno con i Dipartimenti di salute mentale. Nello stesso periodo, i servizi territoriali hanno erogato oltre 10 milioni di prestazioni, delle quali il 7,4 per cento riconducibile ad attività psicologica e psicoterapica, nell'ambito del complesso degli interventi rilevati;

il Servizio sanitario nazionale assicura prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche attraverso una pluralità di strutture e servizi, tra i quali i Dipartimenti di salute mentale, i consultori familiari, i servizi per l'età evolutiva, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali. Tuttavia, la disponibilità concreta delle prestazioni, le modalità di accesso e la continuità dei percorsi assistenziali possono differire tra

territori, rendendo necessario un rafforzamento del coordinamento tra le diverse realtà e della capacità di presa in carico;

in tale contesto, la presenza di professionisti adeguatamente formati costituisce una condizione indispensabile al fine di garantire l'effettiva accessibilità delle prestazioni, mentre si rende necessaria una ricognizione aggiornata dei professionisti impiegati nei servizi pubblici, delle prestazioni erogate, dei tempi di accesso, delle liste di attesa, della distribuzione territoriale delle strutture e dei bisogni assistenziali non soddisfatti, al fine di individuare le principali criticità e orientare gli interventi di potenziamento;

la continuità e l'efficienza della presa in carico richiedono, inoltre, un coordinamento stabile tra psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili, psichiatri, consultori e servizi sociali, nonché con gli altri professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, con particolare riferimento alle situazioni di maggiore complessità, quali i minori, i giovani e le persone che necessitano di interventi prolungati o multidisciplinari,

impegna il Governo:

a promuovere, nell'attuazione della delega di cui al presente provvedimento e nel rispetto delle competenze regionali, una ricognizione aggiornata del fabbisogno di psicologi nel Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento ai servizi territoriali, ai consultori, ai Dipartimenti di salute mentale, ai servizi per l'età evolutiva e alle strutture ospedaliere, al fine di orientare la programmazione formativa alle esigenze rilevate e favorire percorsi integrati di accesso e presa in carico, con particolare attenzione ai minori e ai giovani;

a favorire l'individuazione di indicatori omogenei e modalità uniformi di rilevazione delle prestazioni psicologiche, al fine di rendere confrontabili i dati tra territori, monitorare la disponibilità dei professionisti, i tempi di attesa, l'accessibilità dei servizi e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché valutare periodicamente l'adeguatezza dell'offerta rispetto ai bisogni della popolazione, con specifico riferimento alle risorse e ai piani di aggiornamento necessari al fine di superare eventuali criticità rilevate.

9/2700-A/**56**. Benzoni.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame reca una disciplina di delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

nello specifico, i princìpi e i criteri direttivi di delega concernono, tra l'altro, il riordino delle specializzazioni della professione di psicologo, nonché la formazione sanitaria specialistica, con particolare riferimento, tra l'altro, alla stessa professione di psicologo, per la quale si enuncia l'obiettivo di soddisfare la necessità di disporre di professionisti che abbiano competenze specifiche riconosciute – in coerenza con le esigenze del Servizio sanitario nazionale – mediante la razionalizzazione e l'eventuale aggiornamento dell'attuale assetto dei percorsi formativi;

la tutela della salute psicologica costituisce una componente essenziale del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, e assume una rilevanza crescente nell'ambito delle politiche sanitarie, anche in considerazione dell'incremento dell'attenzione verso il benessere psicologico, della diffusione di situazioni di disagio e fragilità e della necessità di intervenire tempestivamente sui fattori di rischio, prevenendo l'aggravamento delle condizioni di sofferenza e le conseguenti ricadute sanitarie, sociali ed economiche;

la domanda di prestazioni psicologiche riguarda una pluralità di ambiti e fasce della popolazione e non si esaurisce nel trattamento dei disturbi mentali, comprendendo, al contrario, anche la prevenzione, il sostegno nelle fasi di particolare vulnerabilità, gli interventi in età evolutiva,

il supporto alle famiglie e alle persone con patologie croniche o disabilità, nonché la necessità di assistenza nei contesti scolastici, lavorativi e sociali;

particolare attenzione richiedono, infatti, i minori e i giovani, per i quali l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e la tempestività dell'intervento possono contribuire a prevenire l'evoluzione delle difficoltà psicologiche in condizioni più complesse, riducendo il rischio di interruzione dei percorsi scolastici e relazionali e di ricorso tardivo ai servizi specialistici;

secondo il Rapporto sulla salute mentale del Ministero della salute, nel corso del 2024 sono state assistite dai servizi specialistici 845.516 persone e 272.497 persone sono entrate in contatto per la prima volta nell'anno con i Dipartimenti di salute mentale. Nello stesso periodo, i servizi territoriali hanno erogato oltre 10 milioni di prestazioni, delle quali il 7,4 per cento riconducibile ad attività psicologica e psicoterapica, nell'ambito del complesso degli interventi rilevati;

il Servizio sanitario nazionale assicura prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche attraverso una pluralità di strutture e servizi, tra i quali i Dipartimenti di salute mentale, i consultori familiari, i servizi per l'età evolutiva, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali. Tuttavia, la disponibilità concreta delle prestazioni, le modalità di accesso e la continuità dei percorsi assistenziali possono differire tra territori, rendendo necessario un rafforzamento del coordinamento tra le diverse realtà e della capacità di presa in carico;

in tale contesto, la presenza di professionisti adeguatamente formati costituisce una condizione indispensabile al fine di garantire l'effettiva accessibilità delle prestazioni, mentre si rende necessaria una ricognizione aggiornata dei professionisti impiegati nei servizi pubblici, delle prestazioni erogate, dei tempi di accesso, delle liste di attesa, della distribuzione territoriale delle strutture e dei bisogni assistenziali non soddisfatti, al fine di individuare le principali criticità e orientare gli interventi di potenziamento;

la continuità e l'efficienza della presa in carico richiedono, inoltre, un coordinamento stabile tra psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili, psichiatri, consultori e servizi sociali, nonché con gli altri professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, con particolare riferimento alle situazioni di maggiore complessità, quali i minori, i giovani e le persone che necessitano di interventi prolungati o multidisciplinari,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di promuovere, nell'attuazione della delega di cui al presente provvedimento e nel rispetto delle competenze regionali, una ricognizione aggiornata del fabbisogno di psicologi nel Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento ai servizi territoriali, ai consultori, ai Dipartimenti di salute mentale, ai servizi per l'età evolutiva e alle strutture ospedaliere, al fine di orientare la programmazione formativa alle esigenze rilevate e favorire percorsi integrati di accesso e presa in carico, con particolare attenzione ai minori e ai giovani;

a valutare l'opportunità di favorire l'individuazione di indicatori omogenei e modalità uniformi di rilevazione delle prestazioni psicologiche, al fine di rendere confrontabili i dati tra territori, monitorare la disponibilità dei professionisti, i tempi di attesa, l'accessibilità dei servizi e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché valutare periodicamente l'adeguatezza dell'offerta rispetto ai bisogni della popolazione, con specifico riferimento alle risorse e ai piani di aggiornamento necessari al fine di superare eventuali criticità rilevate.

9/2700-A/**56**. *(Testo modificato nel corso della seduta)* Benzoni.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in esame, recante « Delega al Governo in materia di profes-

sioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie », interviene anche sui percorsi formativi e sulla valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari, offrendo l'occasione per promuovere un aggiornamento delle competenze coerente con i bisogni assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche complesse;

le bronchiectasie sono una patologia respiratoria cronica caratterizzata da dilatazioni irreversibili dei bronchi, sintomi persistenti e possibili episodi di riacutizzazione, con conseguenze rilevanti sulla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie;

la patologia presenta criticità rilevanti sotto il profilo della tempestività diagnostica e della continuità assistenziale. Secondo i dati disponibili, la diagnosi definitiva richiede mediamente circa tre anni e mezzo dall'insorgenza dei sintomi, mentre l'accesso a un centro pneumologico specializzato avviene mediamente dopo circa nove anni;

i medici di medicina generale rappresentano spesso il primo punto di accesso al Servizio sanitario nazionale per i pazienti con sintomi respiratori persistenti. La difficoltà di riconoscere tempestivamente le bronchiectasie e di distinguerle da altre patologie respiratorie può determinare ritardi diagnostici, peggioramento delle condizioni cliniche e ricorso a trattamenti non appropriati;

la medicina generale svolge un ruolo essenziale non soltanto nell'individuazione precoce della patologia e nell'orientamento del paziente verso gli accertamenti diagnostici e i centri specialistici, ma anche nella continuità dell'assistenza e nel monitoraggio dell'andamento della malattia cronica;

la gestione delle bronchiectasie richiede un approccio multidisciplinare, nel quale il medico di medicina generale e lo specialista collaborino nella presa in carico del paziente, nel monitoraggio delle condizioni cliniche, nella gestione delle terapie croniche e nell'attuazione delle indicazioni terapeutiche specialistiche, comprese quelle relative alla fisioterapia respiratoria;

particolare rilevanza assume la gestione delle riacutizzazioni, che richiede il riconoscimento tempestivo del peggioramento dei sintomi, l'individuazione dei criteri per l'intervento clinico e l'attivazione di percorsi condivisi tra medicina generale e pneumologia, al fine di ridurre il rischio di complicanze e di accessi ospedalieri evitabili;

la fisioterapia respiratoria costituisce una componente importante della gestione delle bronchiectasie e richiede competenze specifiche, anche in relazione all'individuazione e all'applicazione delle tecniche più appropriate per il paziente, secondo le indicazioni cliniche e specialistiche;

appare pertanto opportuno rafforzare la formazione dei fisioterapisti respiratori e promuovere una collaborazione continuativa con i medici e gli altri professionisti coinvolti nella presa in carico,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare, nell'ambito delle proprie competenze e in coerenza con il quadro normativo vigente e i contenuti del provvedimento in esame, iniziative volte a:

promuovere il rafforzamento della formazione specifica dei medici di medicina generale sul riconoscimento precoce delle bronchiectasie, con particolare riferimento ai sintomi suggestivi della patologia, ai criteri che orientano gli approfondimenti diagnostici, all'individuazione dei casi che necessitano di valutazione pneumologica specialistica e alla tempestiva attivazione dei relativi percorsi;

favorire modelli di presa in carico integrata tra medici di medicina generale e specialisti in pneumologia, anche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e procedure condivise, per as-

sicurare continuità assistenziale, monitoraggio clinico e gestione coordinata delle terapie croniche, nel rispetto delle rispettive competenze professionali e delle indicazioni dello specialista;

promuovere la definizione e la diffusione di percorsi condivisi per il riconoscimento e la gestione delle riacutizzazioni delle bronchiectasie, prevedendo modalità di raccordo tempestivo con lo specialista, criteri per l'eventuale rivalutazione specialistica e indicazioni per l'accesso ai livelli assistenziali appropriati;

valorizzare la formazione specialistica dei fisioterapisti respiratori sul trattamento delle bronchiectasie.

9/2700-A/**57**. Cappellacci.

# *PROPOSTA DI LEGGE: IEZZI ED ALTRI: MODIFICHE ALLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N. 91, IN MATERIA DI ACQUISTO E DI REVOCA DELLA CITTADINANZA (A.C. 2124-A)*

***A.C. 2124-A – Questioni pregiudiziali***

QUESTIONI PREGIUDIZIALI
DI COSTITUZIONALITÀ

La Camera,

premesso che:

ad avviso dei firmatari del presente atto, resta ferma la necessità di distinguere tra la legittima esigenza di verificare i requisiti per l'acquisto della cittadinanza e l'introduzione di preclusioni automatiche, fondate sulla mera esistenza di una condanna, senza un'adeguata valutazione della gravità del fatto, della situazione individuale e della finalità della disciplina;

il testo in titolo interviene sulla legge n. 91 del 1992, introducendo, in particolare, nuove cause ostative per gli stranieri nati in Italia che intendono acquistare la cittadinanza al raggiungimento della maggiore età, ampliando i requisiti di condotta e linguistici e modificando la disciplina della revoca;

l'equiparazione di situazioni diverse non significa necessariamente realizzare l'uguaglianza, soprattutto quando le modalità di acquisto della cittadinanza hanno presupposti differenti, e quando l'acquisto è subordinato a una valutazione discrezionale dell'amministrazione oppure discende dall'accertamento di requisiti previsti dalla legge;

l'acquisto e la revoca della cittadinanza intervengono su una materia che incide profondamente sulla condizione giuridica delle persone, sulla loro partecipazione alla comunità politica e sulla possibilità di consolidare un percorso di vita, di formazione e di integrazione sviluppato nel nostro Paese;

la cittadinanza non costituisce soltanto uno *status* formale, ma rappresenta il riconoscimento di un legame giuridico e politico con la Repubblica, dal quale discendono diritti, doveri e possibilità di piena partecipazione alla vita democratica. La sua disciplina deve pertanto essere coerente con i princìpi costituzionali di uguaglianza, ragionevolezza, proporzionalità e tutela della dignità della persona;

il testo in titolo, nel perseguire l'obiettivo dichiarato di rafforzare i requisiti di condotta e di uniformare le condizioni per l'acquisto e la revoca della cittadinanza, introduce ulteriori cause ostative, amplia i requisiti richiesti e interviene sulle fattispecie penali rilevanti, con il rischio di trasformare la verifica individuale dei presupposti per l'acquisto o il mantenimento dello *status* in un sistema di preclusioni automatiche;

l'articolo 3 della Costituzione impone che situazioni uguali siano trattate in modo uguale e situazioni diverse in modo ragionevolmente differenziato, vietando tanto le discriminazioni arbitrarie quanto le equiparazioni prive di un'adeguata giustificazione;

la legittimità di una disciplina differenziata non può quindi essere valutata

sulla base della sola esigenza di uniformare formalmente fattispecie giuridiche diverse, ma richiede di verificare la comparabilità delle situazioni e la ragionevolezza dei criteri prescelti;

le modalità di acquisto della cittadinanza previste dalla legge n. 91 del 1992 rispondono a presupposti differenti. L'acquisto da parte dello straniero nato in Italia, che abbia risieduto legalmente e ininterrottamente nel territorio nazionale fino alla maggiore età, si fonda su una specifica condizione personale e su un percorso di radicamento nel Paese; l'acquisto per matrimonio e quello per naturalizzazione rispondono invece a differenti presupposti e, in particolare per la naturalizzazione, a una valutazione amministrativa caratterizzata da ampi margini di discrezionalità;

ne consegue che l'estensione indistinta di requisiti e cause ostative concepiti per procedimenti differenti non realizza necessariamente una maggiore uguaglianza, potendo al contrario determinare un trattamento irragionevolmente sfavorevole proprio nei confronti di persone nate e cresciute in Italia, per le quali il legame con la comunità nazionale si è formato sin dall'infanzia. Il legislatore è certamente legittimato a verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti previsti per l'acquisto della cittadinanza, ma deve individuare criteri pertinenti rispetto alla specifica fattispecie e proporzionati alla finalità perseguita;

particolarmente problematica appare l'introduzione di preclusioni collegate alla mera esistenza di una condanna penale, quando la disciplina non assicuri una valutazione adeguata della natura e della gravità del reato, delle circostanze del fatto, della sua risalenza nel tempo, della condotta successiva dell'interessato e del percorso di reinserimento sociale eventualmente intrapreso;

il sistema penale italiano si fonda sulla responsabilità personale, sulla graduazione della risposta sanzionatoria in relazione alla gravità del fatto e sulle finalità rieducative della pena, secondo quanto stabilito dagli articoli 25 e 27 della Costituzione – una condanna penale può costituire un elemento rilevante nella valutazione dei requisiti per l'acquisto della cittadinanza, ma non dovrebbe tradursi, senza un adeguato giudizio di proporzionalità, in una conseguenza ulteriore e automatica, capace di compromettere indefinitamente le prospettive di integrazione della persona;

la distinzione tra condanna non definitiva e condanna irrevocabile, nonché tra diverse tipologie di provvedimenti e di esiti del procedimento penale, assume rilievo essenziale – una disciplina che non distingua adeguatamente tali situazioni rischia di attribuire conseguenze sproporzionate a fatti o decisioni che non presentano il medesimo grado di stabilità giuridica e di accertamento della responsabilità;

l'introduzione di cause ostative generalizzate rischia inoltre di confondere la valutazione di un comportamento passato con un giudizio permanente sull'affidabilità futura della persona, trascurando il tempo trascorso, l'evoluzione individuale e la funzione rieducativa e reintegrativa del sistema penale. In tal modo, la cittadinanza potrebbe assumere la funzione impropria di una sanzione ulteriore, non commisurata alla specifica responsabilità accertata e potenzialmente capace di vanificare percorsi di reinserimento;

analoghe perplessità riguardano la disciplina della revoca della cittadinanza, rispetto alla quale occorre distinguere la posizione di chi aspira ad acquistare uno *status* da quella di chi ne è già titolare. La revoca incide su una condizione giuridica acquisita e può produrre conseguenze particolarmente gravi sulla vita personale e familiare, sull'esercizio dei diritti e sulla stabilità del rapporto con lo Stato. Essa richiede pertanto presupposti rigorosi, garanzie effettive e un'attenta verifica della proporzionalità della misura;

la finalità di assicurare il rispetto della legge e di tutelare la sicurezza della collettività non può giustificare una disciplina che prescinda dalle differenze sostanziali tra le modalità di acquisto della cittadinanza, equiparare situazioni indivi-

duali non omogenee o attribuire a qualsiasi condanna conseguenze preclusive automatiche, senza una verifica adeguata della gravità dei fatti e della proporzionalità degli effetti;

la cittadinanza deve essere disciplinata mediante criteri chiari, verificabili e coerenti con i princìpi costituzionali, garantendo che l'eventuale rilevanza dei precedenti penali sia valutata alla luce della specifica fattispecie, della natura del reato, della definitività della condanna e delle circostanze individuali pertinenti, senza trasformare la disciplina dell'acquisto o della revoca in un improprio prolungamento della risposta punitiva;

i firmatari stigmatizzano, altresì:

l'assenza di considerazione per i reati commessi in età minorile, a fronte della specificità del sistema penale minorile, della personalità in evoluzione del minore e della centralità delle finalità educative e di reinserimento sociale; anche in tali casi, la mera condanna non può determinare un'automatica preclusione all'acquisto della cittadinanza, dovendosi valorizzare la condotta successiva, il percorso scolastico e l'effettiva evoluzione personale, escludendo la preclusione qualora risulti positivamente realizzato un percorso di reinserimento sociale e non siano intervenute ulteriori condanne definitive per reati rilevanti ai fini della disciplina;

l'approccio esclusivamente securitario e sanzionatorio privo di qualunque misura di prevenzione della criminalità giovanile e di promozione della legalità costituzionale che, al fine di salvaguardare la collettività, tutelare la sicurezza pubblica e la sicurezza della Repubblica, promuovere la cultura della legalità, la partecipazione civica e l'inclusione sociale si proponga di contrastare le dipendenze e prevenire il coinvolgimento dei giovani da parte delle organizzazioni criminali con riguardo, in particolare, alle condotte che precludono all'acquisto della cittadinanza e conducono alla sua revoca, con interventi educativi che affianchino alle misure penali previste dalla proposta in titolo con azioni di prevenzione, educazione e rimozione delle condizioni di vulnerabilità;

per tutte le ragioni esposte,

delibera

di non procedere all'esame della proposta di legge n. 2124-A.

**N. 1.** Alfonso Colucci, Baldino, Auriemma, Penza.

La Camera,

premesso che:

la proposta di legge A.C. 2124-A, recante « Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, in materia di acquisto e di revoca della cittadinanza » introduce nuove cause ostative all'acquisto della cittadinanza italiana, estende le ipotesi di sospensione dei relativi procedimenti, amplia le fattispecie di reato che possono determinarne la revoca e disciplina ulteriori condizioni per il riacquisto della cittadinanza;

l'istituto dell'acquisto della cittadinanza da parte dello straniero nato in Italia che vi abbia risieduto legalmente e senza interruzioni fino al raggiungimento della maggiore età, disciplinato dall'articolo 4, comma 2, della legge n. 91 del 1992, rappresenta una delle principali modalità attraverso cui le persone nate e cresciute nel nostro Paese possono acquisire la cittadinanza italiana;

l'acquisto della cittadinanza al compimento della maggiore età incide profondamente sulle traiettorie di vita delle persone interessate, determinando opportunità, diritti e condizioni di partecipazione alla vita sociale, economica e politica del Paese e non produce esclusivamente effetti giuridici poiché incide, in maniera profonda, sulle opportunità educative, lavorative, relazionali e personali delle persone direttamente interessate, contribuendo a determinare percorsi di inclusione oppure, al contrario, condizioni di precarietà che possono protrarsi per molti anni;

sono differenze e condizioni che emergono in molteplici occasioni della vita

quotidiana: possono riguardare la partecipazione a programmi di mobilità internazionale nell'ambito del percorso formativo, la necessità di richiedere visti per viaggiare, l'accesso ad alcune opportunità formative o professionali, la partecipazione a concorsi pubblici o, più in generale, la semplicità con cui è possibile progettare il proprio futuro o indossare i colori dell'Italia in eventi sportivi internazionali. Si tratta di situazioni che, considerate singolarmente, possono apparire circoscritte, ma che nel loro insieme contribuiscono a produrre una progressiva percezione di distanza e differenza rispetto ai propri coetanei;

il provvedimento all'esame dell'Assemblea contiene profonde e insuperabili criticità di merito, stigmatizzate sia da tutti gli auditi che dal dibattito nella commissione referente, poiché si incide su uno *status* giuridico fondamentale per la partecipazione dell'individuo alla comunità nazionale, dal quale discendono diritti e doveri costituzionalmente rilevanti che costituiscono il presupposto dell'esercizio dei diritti politici e della piena partecipazione alla comunità;

benché la disciplina dell'acquisto della cittadinanza rientri nella discrezionalità riconosciuta al legislatore, tale discrezionalità incontra limiti inderogabili nei princìpi di uguaglianza, ragionevolezza e proporzionalità sanciti dalla Costituzione con particolare riguardo alle disposizioni contenute negli articoli 3 e 27;

l'articolo 1, comma 1, lettere *a)* e *b)*, introduce nella legge n. 91 del 1992 un nuovo articolo 4-*bis*, che preclude l'acquisto della cittadinanza italiana allo straniero nato in Italia e che vi abbia risieduto legalmente e senza interruzioni fino alla maggiore età, qualora abbia riportato condanne per determinate categorie di delitti;

la disposizione stabilisce, in particolare, una causa ostativa per i delitti di cui al libro secondo, titolo I, capi I, II e III, del codice penale, puniti con la reclusione, nonché per i delitti richiamati dall'articolo 10-*bis* della legge n. 91 del 1992, senza introdurre, per tali fattispecie, una soglia minima di pena o una valutazione individualizzata della gravità della condotta;

ne consegue che la disposizione attribuisce il medesimo effetto preclusivo a condotte che possono presentare livelli sensibilmente differenti di gravità e offensività, senza consentire di valorizzare adeguatamente le circostanze del fatto, l'età dell'interessato al momento della commissione del reato, il tempo trascorso e il successivo percorso di integrazione sociale;

pur prevedendo una specifica eccezione nei casi di sospensione condizionale della pena e la cessazione degli effetti preclusivi a seguito di riabilitazione, la disciplina conserva un carattere sostanzialmente automatico che appare suscettibile di determinare conseguenze sproporzionate rispetto alle finalità perseguite;

tale automatismo solleva pertanto rilevanti dubbi di compatibilità con l'articolo 3 della Costituzione, sotto i profili della ragionevolezza e della proporzionalità, in quanto determina un trattamento indifferenziato di situazioni oggettivamente diverse;

il comma 3 del nuovo articolo 4-*bis* prevede la sospensione dell'acquisto della cittadinanza fino alla comunicazione della sentenza definitiva qualora sia stata promossa l'azione penale nei confronti dell'interessato per uno dei delitti individuati dal comma 1;

la disposizione determina così il differimento dell'acquisto della cittadinanza sulla base della mera pendenza di un giudizio penale, indipendentemente dall'accertamento definitivo della responsabilità dell'interessato;

la sospensione non è subordinata a una valutazione individualizzata della gravità delle imputazioni, delle concrete circostanze del caso e dell'effettiva sussistenza di esigenze di tutela dell'ordine pubblico, né è accompagnata dalla previsione di un termine massimo di durata;

tale meccanismo può comportare il protrarsi della sospensione per un periodo particolarmente lungo, anche in presenza

di una successiva pronuncia assolutoria, facendo dipendere l'effettivo esercizio della facoltà di acquistare la cittadinanza da circostanze processuali non necessariamente imputabili al richiedente;

analoghe criticità emergono dall'articolo 1, comma 1, lettera *c)*, che introduce nell'articolo 9.1 della legge n. 91 del 1992 i nuovi commi 1-*bis* e 1-*ter*, prevedendo ulteriori preclusioni e la sospensione della concessione della cittadinanza in relazione a procedimenti penali in corso;

l'espressa previsione, nel comma 1-*bis*, di una preclusione collegata anche alla pendenza di procedimenti penali, accanto alla distinta disciplina della sospensione contenuta nel successivo comma 1-*ter*, determina inoltre un'incertezza circa gli effetti giuridici attribuiti alla mera sottoposizione a procedimento penale;

tali disposizioni presentano profili di possibile contrasto con gli articoli 3 e 27, secondo comma, della Costituzione, nella misura in cui collegano alla pendenza del procedimento penale effetti sfavorevoli potenzialmente prolungati, senza un adeguato bilanciamento tra l'interesse pubblico e il principio di presunzione di non colpevolezza;

l'articolo 1, comma 1, lettera *f)*, amplia ulteriormente l'ambito applicativo dell'articolo 10-*bis* della legge n. 91 del 1992, estendendo le ipotesi di revoca della cittadinanza a ulteriori fattispecie delittuose, mediante il richiamo all'articolo 407, comma 2, lettera *a)*, numeri 3), 4) e 7-*ter)*, del codice di procedura penale, agli articoli 270-*ter*, 270-*quinquies*.2, 583-*bis* e 601 del codice penale, nonché all'articolo 12-*bis* del decreto legislativo n. 286 del 1998;

la revoca della cittadinanza costituisce una misura di eccezionale gravità, suscettibile di incidere in maniera radicale e duratura sullo *status* personale dell'individuo, sui suoi rapporti familiari, sulla sua vita privata e sull'esercizio dei diritti derivanti dall'appartenenza alla comunità nazionale;

la disciplina della revoca continua a operare nei confronti dei cittadini che abbiano acquisito la cittadinanza secondo le modalità indicate dall'articolo 10-*bis*, determinando una differenziazione rispetto ai cittadini italiani per nascita, ai quali non è applicabile la medesima conseguenza per la commissione degli stessi reati;

tale distinzione, pur muovendo da condizioni giuridiche originariamente differenti, necessita di una rigorosa giustificazione sul piano della ragionevolezza costituzionale, considerato che, una volta acquisita, la cittadinanza attribuisce uno *status* comune ai suoi titolari;

l'ulteriore ampliamento delle ipotesi di revoca accentua pertanto i dubbi di compatibilità della disciplina con l'articolo 3 della Costituzione, nella misura in cui introduce conseguenze differenziate di particolare gravità in ragione delle modalità di acquisto dello *status* di cittadino;

la perdita della cittadinanza italiana, qualora l'interessato non sia titolare della cittadinanza di un altro Stato membro, comporta anche la perdita della cittadinanza dell'Unione europea e dei diritti ad essa connessi, riconosciuti dall'articolo 20 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea;

la Corte di giustizia dell'Unione europea, nelle sentenze Rottmann, causa C-135/08, del 2 marzo 2010, e Tjebbes e altri, causa C-221/17, del 12 marzo 2019, ha affermato che l'esercizio delle competenze nazionali in materia di perdita della cittadinanza deve rispettare il principio di proporzionalità, imponendo, quando ne discenda la perdita della cittadinanza europea, una valutazione delle conseguenze della misura sulla situazione individuale dell'interessato e, se del caso, dei suoi familiari;

la disciplina oggetto della proposta non introduce, in relazione alle nuove ipotesi di revoca, un'espressa previsione che imponga la valutazione individualizzata delle conseguenze della perdita della cittadinanza nazionale e di quella europea, con particolare riguardo alla vita familiare, alla condizione personale e ai diritti fondamentali coinvolti;

tale omissione solleva dubbi di compatibilità con l'articolo 117, primo comma,

della Costituzione, in relazione agli obblighi derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea, oltre che con i princìpi di ragionevolezza e proporzionalità di cui all'articolo 3 della Costituzione;

l'articolo 1, comma 1, lettera *g)*, introduce nell'articolo 13 della legge n. 91 del 1992 una nuova ipotesi di riacquisto della cittadinanza successivamente alla revoca, subordinandola, tra l'altro, al decorso di dieci anni dalla definitività del provvedimento adottato a seguito della cessazione della pericolosità sociale e all'assenza di nuove condanne definitive o dichiarazioni di pericolosità sociale per i fatti previsti dall'articolo 10-*bis*, comma 1;

la disposizione collega il decorso del termine decennale a un provvedimento relativo alla cessazione della pericolosità sociale, senza disciplinare espressamente la posizione di coloro nei cui confronti non sia mai intervenuta una dichiarazione di pericolosità sociale;

tale formulazione appare idonea a determinare incertezze applicative e possibili disparità di trattamento tra soggetti sottoposti alla medesima misura di revoca, rendendo non chiaramente individuabile, in alcune ipotesi, il momento dal quale decorre il termine per il riacquisto della cittadinanza;

le disposizioni del provvedimento, considerate singolarmente e nel loro complesso, introducono limitazioni particolarmente incisive all'acquisto e al mantenimento della cittadinanza italiana, attraverso automatismi preclusivi, sospensioni potenzialmente indeterminate e ulteriori fattispecie di revoca, senza assicurare in ogni caso un adeguato bilanciamento tra le finalità di sicurezza pubblica e la tutela dei princìpi costituzionali;

le esigenze di prevenzione e repressione dei reati, pur pienamente meritevoli di tutela, non possano giustificare discipline che prescindano dai princìpi di ragionevolezza, proporzionalità e necessaria considerazione delle specifiche condizioni personali;

la disciplina vigente della revoca opera, inoltre, nei confronti di coloro che abbiano acquisito la cittadinanza secondo determinate modalità, introducendo una differenziazione rispetto ai cittadini italiani per nascita che, pur responsabili dei medesimi reati, non sono soggetti alla perdita del proprio *status*;

la perdita della cittadinanza italiana comporta altresì, ove non sussista la cittadinanza di un altro Stato membro, la perdita della cittadinanza dell'Unione europea e dei diritti ad essa connessi;

ne deriva l'esigenza di assicurare il rispetto dei princìpi di proporzionalità elaborati nell'ordinamento dell'Unione europea, rilevanti nell'ordinamento interno ai sensi dell'articolo 117, primo comma, della Costituzione, con particolare attenzione alla valutazione individuale delle conseguenze della revoca;

l'introduzione di preclusioni automatiche, sospensioni potenzialmente indeterminate ed ulteriori ipotesi di revoca della cittadinanza, senza un'adeguata valorizzazione delle specifiche circostanze individuali, rischia di alterare il necessario equilibrio tra interesse pubblico e tutela dei diritti della persona;

la cittadinanza, in quanto *status* giuridico da cui derivano fondamentali situazioni soggettive, non può essere regolata prescindendo dal rispetto dei princìpi costituzionali che presiedono alla ragionevolezza delle scelte legislative;

alla luce del quadro complessivo fin qui esposto appare evidente che la proposta di legge A.C. 2124-A presenta, nel suo complesso, significativi profili di contrasto con gli articoli 2, 3, 10, 27 e 117 della Costituzione,

delibera

di non procedere all'esame della proposta di legge n. 2124-A.

**N. 2.** Zaratti, Zanella, Bonelli, Fratoianni, Borrelli, Dori, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti.

QUESTIONE PREGIUDIZIALE DI MERITO

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame interviene sulla disciplina dell'acquisto della cittadinanza italiana, introducendo nuove cause ostative di natura penale, la sospensione dei procedimenti in presenza di processi penali pendenti e l'ampliamento delle ipotesi di revoca della cittadinanza acquisita, attraverso l'utilizzazione di strumenti normativi eccessivamente rigidi, soprattutto con riferimento alle persone nate in Italia e legalmente residenti, senza interruzioni, fino al compimento della maggiore età;

il testo che giunge all'esame dell'Assemblea, come emendato all'ultimo momento dagli stessi proponenti durante l'esame in commissione, interviene sulle cause ostative all'acquisto della cittadinanza individuando una categoria di reati preclusivi dell'acquisto, certamente meno ampia di quella inizialmente prevista, senza tuttavia superare le numerose criticità costituzionali emerse durante le audizioni e connesse all'automatismo e alla proporzionalità delle misure previste, anche con riferimento alla disciplina degli effetti della pena sospesa e della pendenza dell'azione penale;

la proposta assimila in parte la condizione di chi nasce e cresce in Italia a quella di chi richiede la naturalizzazione dopo essere giunto nel territorio nazionale in età adulta, senza riconoscere adeguatamente la diversità delle rispettive situazioni. Tale equiparazione determina un trattamento uniforme di condizioni profondamente differenti e solleva rilevanti dubbi di ragionevolezza, in quanto trascura il radicamento territoriale, sociale, culturale e relazionale maturato nel corso dell'intera vita da parte di chi è nato e cresciuto in Italia, frequentando le nostre scuole;

il nuovo articolo 4-*bis*, pur circoscrivendo le cause ostative rispetto alla formulazione originaria, continua a incidere su una fattispecie che richiederebbe una disciplina specifica e proporzionata alla condizione di chi è nato e cresciuto nel territorio nazionale. La differenza tra integrazione originaria e integrazione maturata successivamente all'ingresso in Italia non viene infatti adeguatamente valorizzata, con il rischio di assoggettare persone caratterizzate da percorsi di vita profondamente diversi a meccanismi preclusivi non sufficientemente calibrati;

il nuovo catalogo delle cause ostative all'acquisto della cittadinanza individua i delitti contro la personalità dello Stato puniti con la reclusione, i delitti in materia di stupefacenti e ulteriori delitti puniti con una pena edittale massima non inferiore a tre anni, quando aggravati ai sensi dell'articolo 604-*ter* del codice penale. La maggiore selettività del catalogo non elimina, tuttavia, i dubbi di ragionevolezza e proporzionalità: la previsione continua a ricomprendere fattispecie eterogenee per gravità e offensività e non introduce, per tutte le ipotesi, una soglia minima della pena concretamente irrogata né una valutazione individualizzata della condotta, del tempo trascorso dal fatto e del comportamento successivo dell'interessato. La preclusione resta pertanto collegata in larga misura alla tipologia del reato, senza un adeguato bilanciamento con la situazione personale del richiedente;

particolarmente critica resta la disciplina della sospensione del procedimento di cittadinanza: il testo all'esame dell'Assemblea stabilisce che l'acquisto sia sospeso fino alla comunicazione della sentenza definitiva qualora sia stata promossa l'azione penale per i delitti individuati dal nuovo articolo 4-*bis*. Con tale previsione permane dunque un automatismo che collega un effetto pregiudizievole alla sola instaurazione dell'azione penale, prima dell'accertamento definitivo della responsabilità. Anche in questa formulazione, la sospensione può protrarsi per anni, con conseguenze incisive sulla posizione del richiedente e con il rischio di trasformarsi, nei fatti, in un diniego differito della cittadinanza;

tale previsione solleva dubbi di compatibilità con il principio costituzionale di non colpevolezza e con i criteri di ragionevolezza e proporzionalità, poiché non distingue in modo adeguato in relazione alla durata del procedimento, alle circostanze concrete e all'effettiva necessità della sospensione. Il testo non prevede inoltre un termine massimo oltre il quale il procedimento amministrativo debba comunque riprendere, né subordina la sospensione a un provvedimento motivato che valuti individualmente la posizione dell'interessato. Il riferimento alla comunicazione della sentenza definitiva, senza un limite temporale, lascia quindi sussistere il rischio che i tempi della giustizia penale si traducano in un ostacolo prolungato all'acquisto della cittadinanza, anche quando il procedimento si concluda senza una condanna;

la clausola ostativa relativa ai « comprovati motivi inerenti alla sicurezza della Repubblica » non risulta poi accompagnata da una sufficiente tipizzazione dei presupposti applicativi, dall'indicazione dei criteri di accertamento e da adeguate garanzie procedimentali. L'ampiezza della discrezionalità amministrativa, unita alla scarsa prevedibilità delle decisioni, espone l'applicazione della disposizione a rischi di arbitrarietà e compromette la necessaria determinatezza della disciplina di uno *status* personale di primaria rilevanza;

assai grave poi è la circostanza che l'ampliamento delle ipotesi di revoca della cittadinanza, pur mantenendo la condizione che l'interessato possieda o possa acquisire un'altra cittadinanza, non sia accompagnato da un rafforzamento delle garanzie contro il rischio di apolidia né da una più esplicita disciplina della valutazione di proporzionalità. Tale scelta appare particolarmente delicata in un quadro normativo nel quale si amplia contestualmente il ricorso a preclusioni automatiche e a misure incidenti sullo *status* personale, in palese violazione degli obblighi internazionali già vigenti e della giurisprudenza in materia della Corte di giustizia;

l'estensione della revoca solleva inoltre un serio problema di uguaglianza tra cittadini per nascita, mai assoggettati a revoca, e cittadini per acquisto, che ora possono essere privati della cittadinanza anche per i reati sopra indicati; la revoca della cittadinanza diventa cioè una sanzione accessoria, ulteriore rispetto alla pena, collegata alla commissione di alcuni delitti, configurando così una vera e propria disparità di trattamento tra « cittadini di serie A » e « cittadini di serie B » e una evidente lesione dell'articolo 3 della Costituzione a fronte di cittadini nati e cresciuti in Italia, e la cui unica differenza risiede nel momento in cui lo *status* di cittadino viene acquisito;

nel loro complesso, le disposizioni in esame delineano un sistema che privilegia automatismi, clausole generiche e adempimenti formali, senza un'adeguata graduazione delle conseguenze giuridiche né una sufficiente considerazione delle differenze tra le situazioni disciplinate e senza distinguere adeguatamente tra chi chiede di acquisire la cittadinanza dopo un percorso di permanenza in Italia e chi, essendovi nato e cresciuto, ha già maturato un radicamento originario nel tessuto nazionale. Ne derivano rilevanti dubbi di compatibilità con i princìpi costituzionali di ragionevolezza, proporzionalità e non colpevolezza, nonché con l'esigenza di determinatezza e prevedibilità delle norme che incidono sull'acquisto e sulla conservazione della cittadinanza;

la selezione dei reati ostativi resta priva di un sistema pienamente individualizzato di valutazione, la sospensione del procedimento continua a operare automaticamente e senza un termine massimo e la revoca della cittadinanza acquisita non viene accompagnata da un rafforzamento delle garanzie contro l'apolidia e da una più rigorosa valutazione di proporzionalità, mentre permane la genericità della clausola relativa alla sicurezza della Repubblica,

delibera

di non procedere all'esame della proposta di legge n. 2124-A.

**N. 1.** Bonafè, Mauri, Cuperlo, Fornaro, Boldrini.

# *INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA*

***Iniziative urgenti per l'assegnazione delle risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza ai comuni beneficiari – 3-02980***

MALAVASI, CIANI, FILIPPIN, FURFARO, GIRELLI, GHIO, FERRARI, CASU, FORNARO, DI BIASE, BERRUTO e ROGGIANI. — *Al Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità*. — Per sapere – premesso che:

il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, istituito dall'articolo 1 della legge 28 agosto 1997, n. 285, finanzia, ispirandosi ai principi della Convenzione Onu del 1989 sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, interventi, servizi e progetti finalizzati alla promozione dei diritti, del benessere, della partecipazione e dell'inclusione sociale delle persone di minore età, sostenendo le attività dei comuni cosiddetti « riservatari » (Bari, Bologna, Brindisi, Cagliari, Catania, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Taranto, Torino, Venezia);

attraverso le risorse del fondo i richiamati comuni realizzano progetti che perseguono le seguenti finalità:

*a)* sostegno alla relazione genitore-figli, contrasto della povertà e della violenza, misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali;

*b)* innovazione e sperimentazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia;

*c)* servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero, anche nei periodi di sospensione delle attività didattiche;

*d)* sostegno economico e attivazione di servizi a favore delle famiglie naturali o affidatarie che abbiano al loro interno uno o più minori con disabilità;

*e)* azioni di prevenzione del disagio, promozione dell'inclusione sociale, sostegno educativo e tutela dei diritti dei minorenni;

il riparto annuale delle risorse del fondo costituisce un presupposto indispensabile per la programmazione, l'affidamento e la continuità degli interventi rivolti a bambini, adolescenti e famiglie, nonché per la stabilità organizzativa e finanziaria dei comuni coinvolti;

ad oggi lo schema di decreto di riparto delle risorse del fondo per l'anno 2025 – pari a 25,292 milioni euro –, che ha acquisito l'intesa in sede di Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in data 2 ottobre 2025, non è stato ancora pubblicato e altresì non risulta ancora avviato l'*iter* per la definizione del riparto per l'annualità 2026 –:

quali iniziative urgenti il Ministro interrogato intenda assumere per assicurare la tempestiva conclusione dell'*iter* di riparto e l'effettiva assegnazione delle risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza ai comuni beneficiari per le annualità 2025 e 2026, garantendo, per le annualità successive, tempi certi e modalità procedurali adeguate per l'adozione dei decreti di riparto, al fine di assicurare la continuità, la stabilità e l'efficacia degli interventi e dei servizi a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie.

(3-02980)

***Iniziative di competenza in ordine ai recenti episodi di violenza che minacciano la sicurezza dello Stato e l'ordine pubblico – 3-02981***

ZIELLO, RAVETTO, DAVIDE BERGAMINI, BOF, CALDERONE, FURGIUELE, PIERRO, POZZOLO e SASSO. — *Al Ministro dell'interno*. — Per sapere – premesso che:

l'ordine pubblico e la sicurezza dei cittadini costituiscono principi fondamentali insostituibili dell'ordinamento giuridico della Repubblica, precondizioni essenziali per l'esercizio delle libertà costituzionali e la tenuta democratica dello Stato;

le notizie di cronaca, ampiamente battute da diverse testate giornalistiche, riportano le recenti indagini della procura di Milano che hanno portato al fermo di Youssef Siher, trentenne cittadino italiano di seconda generazione, giornalista *freelance*, indicato come ideatore del cosiddetto « Movimento 17 ottobre »;

secondo quanto reso noto dagli inquirenti e dettagliato nel decreto di fermo firmato dal pubblico ministero Francesca Crupi, al Siher, già noto alle cronache come attivista pro-Palestina e per aver svolto nel 2024 uno *stage* presso l'Istituto per gli studi di politica internazionale (Ispi), sono state contestate gravi ipotesi di reato, come l'istigazione a delinquere aggravata dalla finalità di terrorismo;

il provvedimento d'urgenza dell'autorità giudiziaria, eseguito dopo aver rintracciato l'indagato in un appartamento nel quartiere Corvetto di Milano, si è reso necessario, secondo la procura, per scongiurare il concreto rischio di una nuova sommossa pianificata per il 24 ottobre 2026 e per far fronte al sussistente pericolo di fuga;

sebbene spetti unicamente alla magistratura accertare le responsabilità penali ed eventuali collegamenti eversivi nei gradi di giudizio preposti, i fatti contestati delineano una condotta di inaudita gravità contro le istituzioni nazionali;

al di là dell'esito dell'*iter* processuale penale, la vicenda pone interrogativi improcrastinabili sul piano politico e sociale, evidenziando infatti la condotta di soggetti di seconda o terza generazione che, pur beneficiando dello *status* di cittadini italiani, dimostrano nei fatti di non aver mai aderito a quel patto di cittadinanza, di lealtà e di solidarietà che lega ciascun individuo alla comunità nazionale;

di fronte a comportamenti ostili e potenzialmente eversivi diretti ad avvelenare il clima sociale del Paese, appare inaccettabile che lo Stato non disponga o non applichi strumenti incisivi di reazione di fronte a chi tradisce platealmente i valori identitari della Nazione;

è opportuno che, nei confronti di soggetti che, nonostante siano di seconda o terza generazione, si rendano responsabili di gravi reati contro la sicurezza dello Stato e l'ordine pubblico, dimostrando la totale estraneità e il rifiuto dei princìpi costituzionali di convivenza e fedeltà alla Repubblica, siano adottate iniziative adeguate –:

quali iniziative di competenza intenda assumere per fronteggiare l'imponente fenomeno che minaccia la sicurezza nazionale e l'ordine pubblico di cui in premessa.

(3-02981)

***Risultati conseguenti alle iniziative in materia di sicurezza adottate dal Governo – 3-02982***

BIGNAMI, KELANY, ANTONIOZZI, GARDINI, MAULLU, MONTARULI, RUSPANDINI, URZÌ, DE CORATO, MAIORANO, MICHELOTTI, MURA e RAIMONDO. — *Al Ministro dell'interno*. — Per sapere – premesso che:

la sicurezza dei cittadini, il contrasto alla criminalità organizzata e diffusa, la tutela del decoro urbano e il rispetto della legalità rappresentano priorità assolute dell'azione del Governo;

fin dal suo insediamento, l'Esecutivo ha affrontato queste priorità con determinazione, varando una serie coordinata di provvedimenti, tra cui i diversi « decreti sicurezza », le misure di contrasto alle mafie, la stretta contro le occupazioni abusive e i reati predatori, fino ai più recenti e incisivi interventi volti ad arginare la criminalità minorile;

tale fermezza si è resa ancor più necessaria alla luce dei recenti e gravissimi disordini registrati nelle principali città italiane;

davanti a questi inaccettabili episodi di guerriglia urbana, che hanno visto il preoccupante coinvolgimento di numerosi minorenni, la risposta del Governo è stata immediata, sia sul piano operativo, con la predisposizione di efficaci piani di sicurezza coordinati dal Dipartimento della pubblica sicurezza e l'impiego di personale militare per il presidio del territorio, sia sul piano normativo, inasprendo le sanzioni per condotte gravemente lesive dell'ordine pubblico e introducendo strumenti a supporto dell'attività giudiziaria e investigativa;

l'efficacia delle recenti politiche di prevenzione e contrasto ha trovato un riscontro emblematico nella brillante operazione condotta dalle forze dell'ordine e dalla procura della Repubblica di Milano culminata nel fermo del trentenne Youssef Siher, ritenuto dagli investigatori la mente organizzativa del sedicente « Movimento 17 ottobre »;

nei confronti del Siher, oltre ai gravi reati di istigazione a delinquere con finalità di terrorismo ed eversione, è stata applicata per la prima volta la fattispecie di « violenza organizzata nelle manifestazioni pubbliche » (articolo 420-*bis* del codice penale), introdotta dal decreto-legge 22 ottobre 2026, n. 190, per colpire in modo mirato i promotori e i registi dei disordini di piazza;

la professionalità e il coordinamento tra le forze dell'ordine hanno consentito di arginare l'*escalation* delle violenze nell'ultimo fine settimana, traducendosi in migliaia di identificazioni, denunce e in numerosi fermi preventivi e arresti;

la libertà di manifestare è sacrosanta, ma chi scende in piazza a volto coperto per assaltare le forze dell'ordine e saccheggiare i negozi non esercita un diritto, ma calpesta la libertà altrui e colpisce i lavoratori e i commercianti onesti –:

quali siano i riscontri oggettivi e i risultati concreti finora conseguiti sul piano operativo grazie alle iniziative in materia di politiche di sicurezza introdotte dall'Esecutivo. (3-02982)

***Iniziative normative per la creazione di un commissario straordinario per il contrasto all'erosione costiera – 3-02983***

MAZZETTI e DEBORAH BERGAMINI. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*. — Per sapere – premesso che:

secondo i dati dell'Ispra oltre il 40 per cento delle spiagge italiane è interessato da fenomeni di erosione e 1.500 chilometri di litorale sono interessati da opere di protezione. Oltre 40 milioni di metri quadrati di spiaggia sono andati persi negli ultimi 50 anni;

ciò è imputabile alla crescente artificializzazione delle coste e alla riduzione degli apporti sedimentari dei fiumi, ma anche alla crescente intensità degli eventi meteorologici estremi e all'innalzamento del livello dei mari, quale conseguenza dei cambiamenti climatici;

l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite impegna gli Stati a una gestione integrata delle zone costiere, prevedendo un passaggio da difese rigide a soluzioni basate su rinaturalizzazione e ripascimenti sostenibili;

il Piano nazionale di adattamento ai cambiamenti climatici definisce una strategia nazionale per contrastare l'erosione costiera, ma sconta una mancanza di risorse economiche e un approccio maggiormente legato all'emergenza;

il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica negli scorsi anni ha istituito un Tavolo nazionale sull'erosione costiera per definire gli « indirizzi generali » e i « criteri per la difesa delle coste » quale compito di rilievo nazionale;

il confronto con le regioni rivierasche, cui sono attribuite le funzioni sulla programmazione e gestione degli interventi di difesa delle coste (articolo 89, comma 1, lettera *h)*, del decreto legislativo n. 112 del 1998), ha portato alla definizione di « indirizzi generali e criteri (linee guida) per la difesa della costa » dai fenomeni di erosione e dagli effetti dei cambiamenti climatici, redatte dall'Ispra;

appare opportuno, in ossequio alle indicazioni del Piano nazionale di adattamento ai cambiamenti climatici e dell'Agenda 2030 e tenuto conto delle linee guida, avviare una strategia nazionale integrata per gestire il fenomeno dell'erosione costiera, superando le criticità derivanti dalla frammentazione delle competenze, dalla disomogeneità degli strumenti di monitoraggio e dalla carenza di risorse strutturali;

occorre rafforzare il coordinamento tra i Ministeri dell'ambiente e della sicurezza energetica, per la protezione civile e le politiche del mare e delle infrastrutture e dei trasporti, nonché tra le regioni, le autorità di bacino distrettuali, l'Ispra e gli enti locali, al fine di garantire interventi con efficacia preventiva ovvero tempestivi in caso di emergenza –:

se non ritenga opportuno valutare l'adozione di iniziative normative volte anche alla creazione di un commissario straordinario per il contrasto all'erosione costiera, ai fini della redazione e della rapida applicazione di un piano nazionale che promuova il monitoraggio sistematico e permanente della linea di costa e favorisca la programmazione degli investimenti, mediante l'utilizzo coordinato delle risorse europee, nazionali e regionali. (3-02983)

***Iniziative per la nomina di un commissario straordinario per la messa in sicurezza del litorale apuano e versiliese – 3-02984***

BARABOTTI, MOLINARI, ANDREUZZA, ANGELUCCI, BENVENUTO, BILLI, BISA, BORDONALI, BRUZZONE, CANDIANI, CAPARVI, CARRÀ, CATTOI, CAVANDOLI, CECCHETTI, CENTEMERO, CENTENARO, COIN, COMAROLI, CRIPPA, DARA, DE BERTOLDI, DI MATTINA, DI RUBBA, FORMENTINI, FRASSINI, GIACCONE, GIAGONI, GIGLIO VIGNA, GUSMEROLI, IEZZI, LATINI, LAZZARINI, LOIZZO, MACCANTI, MAFFIOLI, MARCHETTI, MIELE, MONTEMAGNI, MORRONE, NISINI, OTTAVIANI, PANIZZUT, PIZZIMENTI, SUDANO, TOCCALINI, ZINZI e ZOFFILI. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*. — Per sapere – premesso che:

la costa toscana sta soffrendo di un fenomeno erosivo gravissimo, di carattere straordinario;

in particolare, il tratto apuano e della Versilia risulta gravemente compromesso, con una fenomenologia ancora più accentuata, derivante da particolari condizioni morfologiche aggravate dall'infrastruttura portuale e da interventi antropici sul fiume Magra, con conseguente alterazione del naturale apporto sedimentario;

in alcuni tratti della costa apuana si sono persi oltre 100 metri di spiaggia; in tante parti le dune e gli *habitat* naturali sono scomparsi e il mare, in occasione di mareggiate sempre più frequenti, invade la viabilità litoranea;

tale alterazione della linea di costa rappresenta un danno ambientale ed inoltre mette in crisi l'economia della zona non solo relativamente alle imprese balneari, ma anche dell'indotto, dell'alberghiero, del commerciale e di tutto il territorio che vive soprattutto dal turismo: si tratta di un comparto che vale oltre 3,5 miliardi di euro di fatturato e garantisce lavoro a circa 100 mila persone;

purtroppo, gli interventi per la difesa costiera, fino ad oggi effettuati dalla re-

gione, si sono limitati in interventi « tampone », soprattutto ripascimenti e riprofilature, regolarmente spazzati via dalle mareggiate, talvolta dopo poche settimane;

a fronte della costante regressione della linea di costa e dell'inadeguatezza degli interventi regionali finora registrati a livello locale, si rende improrogabile un'azione organica, tempestiva e risolutiva, con lo scopo di programmare gli investimenti e mettere in atto le soluzioni individuate, procedendo con *iter* semplificati e veloci per dare risposte immediate ad un fenomeno che anno dopo anno diventa sempre più ampio e più complesso;

peraltro, articoli di stampa del 7 ottobre 2025 riportano la visita del Ministro interrogato a Massa ove è stata ritenuta strategica la nomina di un commissario per affrontare l'erosione costiera che riguarda chilometri di litorale toscano e rappresenta un problema di portata nazionale, per poter mettere un freno ad un problema che rischia di cancellare non solo le spiagge, ma un intero sistema economico basato sul turismo; l'approccio dovrebbe essere una strategia nazionale consapevole delle realtà locali, dopo un'approfondita conoscenza delle specificità e delle eccezioni di ogni territorio –:

se il Ministro interrogato intenda valutare, per quanto di competenza, l'adozione di iniziative volte a prevedere la nomina di un commissario straordinario per la messa in sicurezza del litorale apuano e versiliese, che è diventata una necessità primaria per il territorio toscano, allo scopo di realizzare le opere strutturali necessarie per affrontare l'erosione costiera.

(3-02984)

***Iniziative urgenti al fine di accelerare la connessione e l'entrata in esercizio degli impianti fotovoltaici classificati* ready-to-build – *3-02985***

CAPPELLETTI, PAVANELLI, APPENDINO e FERRARA. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*. — Per sapere – premesso che:

secondo i dati del portale *Econnextion* di *Terna*, aggiornati al 31 agosto 2026, risultavano 225 progetti fotovoltaici classificati nello stadio *ready-to-build*, per una potenza complessiva di 10,26 gigawatt;

tali dati evidenziano un consistente portafoglio di progetti giunti a uno stadio avanzato del percorso di connessione alla rete elettrica, ma non consentono, da soli, di stabilire quanti impianti abbiano completato tutti gli adempimenti autorizzativi, siano già stati costruiti o siano effettivamente pronti a immettere energia in rete;

in una fase caratterizzata da tensioni sui mercati energetici e dall'esigenza di ridurre la dipendenza dai combustibili fossili, in particolare dal gas naturale, l'effettiva entrata in esercizio di nuova capacità rinnovabile costituisce un obiettivo strategico per la sicurezza energetica e per la competitività del sistema produttivo nazionale;

l'immissione di energia elettrica da fonti rinnovabili, caratterizzata da costi marginali pressoché nulli, esercita una pressione al ribasso sui prezzi all'ingrosso nelle ore in cui sostituisce la produzione più costosa, traducendo l'incremento di capacità installata in una riduzione diretta e strutturale della componente energia nelle bollette di famiglie e imprese;

la disponibilità di progetti in fase avanzata rende pertanto necessario verificare quali ostacoli ne stiano eventualmente ritardando la realizzazione o l'entrata in esercizio, distinguendo tra criticità autorizzative, finanziarie, infrastrutturali e procedurali connesse alla rete –:

quali iniziative urgenti intenda adottare, per quanto di competenza, per accelerare la connessione e l'entrata in esercizio degli impianti fotovoltaici classificati *ready-to-build* di cui in premessa, al fine di favorire il contenimento dei prezzi dell'energia a beneficio di cittadini e imprese.

(3-02985)

***Iniziative e chiarimenti riguardo al costo del gas anche con riferimento al divieto di acquisto del gas russo – 3-02986***

BOSCHI, GADDA, DEL BARBA, FARAONE, BONIFAZI, GIACHETTI e MADIA. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*. — Per sapere – premesso che:

secondo l'Autorità di regolazione per energia reti e ambiente, nel mese di settembre 2026 la spesa del cliente tipo nel Servizio di tutela della vulnerabilità gas, che riguarda circa 2,3 milioni di utenti, è aumentata del 12,7 per cento rispetto ad agosto 2026, con la componente della materia prima salita a 78,80 euro per megawattora, a fronte dei 47,18 euro per megawattora di giugno 2026;

il 16 ottobre 2026 la Presidenza del Consiglio dei ministri ha comunicato un'intesa con la Commissione europea sulle misure del cosiddetto decreto bollette, volte a ridurre l'effetto dei prezzi del gas sul prezzo dell'elettricità; secondo quanto riportato dalla stampa, si tratterebbe di un tetto al prezzo del gas utilizzato per la produzione di energia elettrica, il cui valore e la cui decorrenza devono ancora essere definiti con un nuovo provvedimento e che non riguarderebbe le bollette del gas per uso domestico, proprio mentre si apre la stagione invernale;

il regolamento (Ue) n. 2026/261 prevede lo stop definitivo alle importazioni di gas russo: dal 1° gennaio 2027 per il gas naturale liquefatto e dal 30 settembre 2027 per il gas via gasdotto, con possibile rinvio al 1° novembre 2027 solo per gli Stati membri in ritardo nel riempimento degli stoccaggi;

il Ministro interrogato ha escluso, nei mesi scorsi, un ritorno al gas russo; tuttavia, il Vice Presidente del Consiglio dei ministri e Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, in dichiarazioni alla stampa, ha condiviso l'allentamento delle sanzioni sul petrolio russo deciso dagli Stati Uniti, auspicando che Italia ed Europa facciano altrettanto, ed in varie occasioni ha persino affermato l'opportunità di rimuovere le sanzioni sul petrolio e sul gas russi;

all'interno del Governo convivono dunque posizioni divergenti su un tema che incide sulla sicurezza energetica e sulla credibilità internazionale del Paese –:

quali iniziative urgenti, con quali tempi e risorse, intenda adottare per ridurre nella stagione invernale il costo delle bollette del gas di famiglie e imprese, chiarendo così quale sia la posizione ufficiale del Governo sul mantenimento delle sanzioni nei confronti della Federazione russa e del divieto di acquisto di gas russo previsto dal regolamento (Ue) n. 2026/261. (3-02986)

***Chiarimenti in ordine alla mancata valutazione autonoma di soluzioni alternative al progetto definitivo del Ponte sullo Stretto di Messina – 3-02987***

BONELLI. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*. — Per sapere – premesso che:

con decreto-legge 11 marzo 2026, n. 32, recante « Disposizioni urgenti in materia di commissari straordinari e concessioni », convertito, con modificazioni, dalla legge 8 maggio 2026, n. 71, all'articolo 1, sono dettate disposizioni per la prosecuzione dell'*iter* approvativo del collegamento stabile tra la Sicilia e la Calabria (Ponte di Messina);

il dettato normativo è finalizzato, secondo quanto dichiarato dal Governo, alla necessità di conformarsi alla deliberazione n. SCCLEG/19/2025/PREV della Corte dei conti sulla delibera Cipess n. 41 del 2025, avente ad oggetto « Collegamento stabile tra la Sicilia e la Calabria e approvazione ai sensi dell'articolo 3, commi 7 e 8, del decreto-legge n. 35 del 2023, del progetto definitivo e degli atti di cui al decreto-legge n. 35 del 2023 »;

in particolare ai sensi dell'articolo 1, comma 1, lettera *c)*, punto 1), è prevista

l'adozione di un provvedimento del Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica di ricognizione delle valutazioni ambientali e dell'incidenza sui siti in cui si trovano un tipo di *habitat* naturale o una specie prioritari, anche con riferimento alle soluzioni alternative, inclusa quella di non intervento;

risulta che il Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica abbia in data 2 luglio 2026 emesso il provvedimento in questione, da cui emerge che la valutazione delle soluzioni alternative non è stata impostata come attività autonoma o *ex novo*, ma come aggiornamento e riesame di un impianto conoscitivo e valutativo già strutturato;

la Commissione tecnica Via-Vas, analizzata la documentazione trasmessa dal proponente comprendente l'analisi delle soluzioni alternative e alla luce delle conclusioni in ordine all'assenza di soluzioni alternative, ha espresso parere che la documentazione sia trasmissibile alla Commissione europea ai fini dell'applicazione dell'articolo 6.4 della direttiva « *habitat* »;

la Guida metodologica alle disposizioni dell'articolo 6, paragrafi 3 e 4, della direttiva prevede che spetta alle autorità nazionali competenti assicurare che tutte le soluzioni alternative fattibili che soddisfano gli obiettivi del piano/progetto siano state esaminate con il medesimo livello di dettaglio. (...)] L'assenza di alternative deve essere dimostrata prima di procedere con l'esame della necessità di realizzare il piano o progetto per motivi imperativi di rilevante interesse pubblico (sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea nella causa Castro Verde, C-239/04, punti 36-39) –:

se il Ministro interrogato possa spiegare perché la valutazione delle soluzioni alternative non sia stata impostata come attività autonoma o *ex novo*, ma unicamente analizzando la documentazione trasmessa dal proponente riguardo l'assenza di soluzioni alternative al progetto definitivo del Ponte. (3-02987)

***Intendimenti in ordine alla semplificazione dei procedimenti in materia ambientale, con particolare riferimento all'autorizzazione unica regionale – 3-02988***

LUPI, ALESSANDRO COLUCCI, CAVO, BRAMBILLA, CARFAGNA, ROMANO, SEMENZATO e TIRELLI. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*. — Per sapere – premesso che:

nell'audizione del 21 ottobre 2026 sul disegno di legge « Conversione in legge del decreto-legge 8 ottobre 2026, n. 177, recante disposizioni urgenti per il rafforzamento delle istruttorie ambientali, la gestione dei problemi climatici, l'economia circolare e le bonifiche », la Commissione tecnica Pnrr-Pniec ha evidenziato che la semplificazione dei procedimenti ambientali si realizza senza riduzione delle garanzie, mediante il rafforzamento della capacità amministrativa e tecnica dello Stato;

la documentazione depositata indica 2.478 istruttorie in carico per complessivi 153 gigawatt e un incremento dei pareri del 63 per cento rispetto al 2025, con opere valutate tra gennaio e agosto 2026 per oltre 36,2 miliardi di euro e 19.481 megawatt, all'interno di un quadro che dal 2021 ha visto esprimere pareri su impianti da fonti energetiche rinnovabili per oltre 67 gigawatt e 82 miliardi di euro, affiancati dai 1.187 pareri resi dalla Commissione Via-Vas nel biennio 2024-2026;

a fronte di tale accelerazione statale, da gennaio 2021 ad agosto 2026 risultano rilasciati solo 27,2 gigawatt di autorizzazioni uniche regionali rispetto agli 80 gigawatt addizionali richiesti dal Piano nazionale integrato per l'energia e il clima al 2030, permanendo gravi criticità e duplicazioni istruttorie sui profili ambientali e paesaggistici nella fase autorizzatoria successiva alla valutazione di impatto ambientale statale;

assumono pertanto rilievo possibili interventi diretti ad innalzare dal 20 al 40 per cento la soglia per il *repowering* in procedura semplificata e per la qualificazione delle aree idonee ai sensi del decreto legislativo n. 190 del 2024, ad attribuire efficacia vincolante e conclusiva alla valutazione di impatto ambientale statale favorevole con chiusura dell'autorizzazione unica regionale entro sessanta giorni sui soli profili residui, nonché a salvaguardare la continuità procedimentale dei progetti agrivoltaici in aree idonee con istanze preliminari *ex* articolo 20 e 21 del decreto legislativo n. 152 del 2006 pendenti per ragioni non imputabili al proponente –:

quali siano gli orientamenti del Ministro interrogato in relazione alle problematiche esposte in premessa, con particolare riguardo al « collo di bottiglia » dell'autorizzazione unica regionale.

(3-02988)

***Iniziative per l'implementazione di contratti per differenza a due vie nell'ambito del regime concessorio delle derivazioni idroelettriche – 3-02989***

BENZONI, BONETTI, D'ALESSIO, GRIPPO e SOTTANELLI. — *Al Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica*. — Per sapere – premesso che:

le concessioni per lo sfruttamento delle grandi derivazioni idroelettriche attribuiscono agli operatori la possibilità di utilizzare una risorsa naturale strategica di proprietà pubblica. Tuttavia, l'attuale funzionamento del mercato elettrico si traduce in un vantaggio dalle rendite straordinarie, consentendo ai concessionari di vendere energia a prezzi notevolmente superiori ai costi di produzione – che si aggirerebbero intorno ai 35-40 euro per megawattora – con margini di guadagno registrati negli ultimi mesi finanche a circa 250-300 euro per megawattora e conseguenze dirette sulle bollette di famiglie e imprese. Si tratterebbe – da parte delle *utility* – di una manipolazione quotidiana e strutturale del mercato elettrico, che, di fatto, gonfierebbe artificialmente i prezzi a danno di cittadini e imprese;

appare inaccettabile che le concessioni per lo sfruttamento di una risorsa pubblica, anziché garantire un vantaggio strategico al sistema Paese, possano tradursi in rendite scollegate dai costi effettivi di produzione, mentre cittadini e imprese continuano a sostenere bollette elevate e sempre più insostenibili, soprattutto alla luce dell'attuale contesto storico e geopolitico;

in tale contesto – in risposta all'interrogazione n. 3-02827 a prima firma del senatore Calenda – il Ministro interrogato ha riferito che, con riferimento alla « possibile adozione di contratti per differenza a due vie in sede di rinnovo o riassegnazione della concessione elettrica, si evidenzia che eventuali interventi sul regime concessorio delle derivazioni idroelettriche, inclusa l'introduzione di strumenti di stabilizzazione dei ricavi e dei prezzi, quali i contratti per differenza a due vie, sono attualmente oggetto di approfondimento e di trattativa, anche con riferimento alla regolamentazione europea »;

la stessa Autorità di regolazione per energia reti e ambiente, in una recente memoria depositata in Parlamento, ha riconosciuto la necessità di introdurre misure di prevenzione *ex ante* nell'analisi del potere di mercato nella formulazione delle offerte, ma anche di *enforcement ex post* a tutela dell'integrità e della trasparenza dei mercati all'ingrosso. Pertanto, è assolutamente necessario intervenire con la massima urgenza sul regime concessorio attraverso misure preventive e meccanismi efficaci di controllo e sanzione – anche avvalendosi delle competenze dell'Autorità – affinché i benefici derivanti dallo sfruttamento delle risorse idroelettriche siano effettivamente trasferiti alla collettività –:

quali iniziative concrete di competenza stia intraprendendo per addivenire con la massima urgenza all'implementazione di contratti per differenza a due vie che assicurino un'equa remunerazione de-

gli investimenti, ma impediscano, al contempo, il conseguimento di rendite sproporzionate rispetto agli effettivi costi di produzione, al fine di tutelare famiglie e imprese da aumenti ingiustificati dei prezzi dell'energia e garantire che lo sfruttamento di una risorsa pubblica strategica produca benefici concreti per la collettività.

(3-02989)

*Stabilimenti Tipografici*
*Carlo Colombo S. p. A.*



*19ALA0220350*