

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 19 al 25 novembre 2015)

INDICE

CONSIGLIO: sulla dotazione di personale della Polizia di frontiera al valico del Tarvisio (Udine) (4-03848) (risp. BUBBICO, <i>vice ministro dell'interno</i>)	Pag. 3877	sbesto-correlate (4-04140) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3889
DALLA ZUANNA ed altri: su un episodio di discriminazione sportiva accaduto a Bergamo (4-04608) (risp. DE VINCENTI, <i>sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri</i>)	3879	PALERMO: sulla disciplina degli organismi di ricerca privati, ai fini dell'assunzione di collaboratori e ricercatori (4-04490) (risp. BELLANOVA, <i>sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali</i>)	3892
DE PETRIS: sulla destinazione dei locali dell'ospedale Forlanini di Roma (4-03299) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3881	PANIZZA, LANIECE: sull'esclusione delle associazioni Anbima e Feniarco dai fondi FUS per il biennio 2015-2017 (4-04329) (risp. BORLETTI DELL'ACQUA, <i>sottosegretario di Stato per i beni e le attività culturali ed il turismo</i>)	3897
DONNO ed altri: sull'incidenza della mortalità oncologica in Puglia, in particolare nella provincia di Lecce (4-03777) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3885	SIMEONI ed altri: sulla cattiva gestione della sanità in provincia di Latina (4-04349) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	3899
FABBRI ed altri: su una campagna mediatica di disinformazione in tema di patologie a-			

CONSIGLIO. - *Al Ministro dell'interno.* - Premesso che:

stando a quanto riporta la stampa locale friulana, le dotazioni di personale della Polizia di Frontiera al valico del Tarvisio (Udine) starebbero subendo sensibili decurtazioni, secondo il Coisp (Coordinamento per l'indipendenza sindacale delle forze di Polizia), pari a non meno del 25 per cento dei suoi effettivi, in seguito alla decisione del Governo di trasferire parte dei suoi organici all'aeroporto lombardo di Bergamo, in vista dell'imminente inizio dell'Expo 2015 a Milano;

ben 14 agenti avrebbero già lasciato il presidio al Tarvisio e sembrano scarse le possibilità di un ripensamento, malgrado nel solo mese di marzo 2015 il reparto abbia arrestato 10 sospetti trafficanti di esseri umani;

la Procura di Udine ritiene in effetti imprudente la scelta di indebolire il presidio preposto al contrasto dell'immigrazione clandestina al Tarvisio, come prova la scelta del procuratore Raffaele Tito di recarsi il 13 aprile 2015 in visita al quartier generale della Polizia di Frontiera, insieme ai tre sostituti Lucia Terzariol, Andrea Gondolo e Claudia Finocchiaro;

lo stesso procuratore avrebbe espresso il dubbio che la decisione del Governo possa essere stata assunta senza valutarne approfonditamente le conseguenze, essendo la frontiera del Tarvisio la porta di accesso all'Italia per buona parte dell'Europa orientale e balcanica;

secondo la Procura di Udine, attraverso il Tarvisio, terminale della cosiddetta "rotta balcanica", tenterebbero infatti di entrare nel nostro Paese molti extracomunitari afgani, bengalesi, pakistani e siriani, che si concentrerebbero in Ungheria prima di dirigersi verso l'Italia;

sempre secondo il Coisp, il presidio della Polizia di Frontiera del Tarvisio mancherebbe anche dei mezzi adatti a trasportare presso la propria sede gruppi di 15-20 migranti che si presentano volta per volta ai confini e sarebbe perciò costretto a ricorrere a normali autoveicoli, nei quali possono al massimo essere trasportati 1 o 2 clandestini, senza adeguate garanzie sanitarie;

notizie simili giungono anche da altri presidi frontalieri: ad esempio, stando ad un comunicato stampa emesso dal sindacato autonomo di Po-

lizia il 2 aprile 2015, 15 agenti della Polizia di Frontiera di Como risulterebbero in trasferimento presso l'aeroporto milanese di Malpensa, dove rimarranno per tutta la durata dell'Expo universale;

si ha quindi l'impressione che il Ministro in indirizzo abbia deliberatamente deciso di privilegiare la protezione degli aeroporti rispetto al monitoraggio delle frontiere terrestri,

si chiede di sapere:

se davvero sia proprio quello descritto in premessa l'orientamento strategico del Governo e quali ragioni vi siano dietro la scelta di privilegiare la difesa delle frontiere aeree rispetto a quella dei confini terrestri;

se il Governo non ritenga che lo smantellamento del presidio di Polizia alla frontiera del Tarvisio possa accrescere il rischio di infiltrazioni *jihadiste* per via terrestre, come sostiene la Procura di Udine, che non nasconde la propria preoccupazione per la prospettiva di un aumento degli afflussi di extracomunitari provenienti, attraverso la cosiddetta "rotta balcanica", da Stati nei quali l'Islam politico radicale ha molti adepti dediti al terrorismo;

se, come e quando il Governo intenda riparare all'errore, dotando di adeguate risorse umane e materiali i presidi della Polizia di Frontiera, in particolare quello al Tarvisio.

(4-03848)

(28 aprile 2015)

RISPOSTA. - Il previsto aumento del traffico aereo presso gli scali lombardi di Milano Linate, Varese-Malpensa e Bergamo-Orio al Serio, correlato all'evento EXPO 2015, ha reso necessario predisporre, a suo tempo, una dettagliata pianificazione finalizzata a garantire idonei livelli di funzionalità nell'espletamento delle attività di controllo della frontiera e, segnatamente, per assicurare il rafforzamento dei necessari controlli documentali.

Si è provveduto, quindi, a marzo 2015, ad approntare il dispositivo di rinforzo per le esigenze degli uffici Polizia di frontiera aerea operanti presso i citati scali lombardi.

In tale ambito, con decorrenza 27 aprile 2015, è stata disposta, tra l'altro, l'assegnazione ai predetti uffici di 12 unità di personale in servizio presso il settore Polizia di Frontiera di Tarvisio.

In data 25 maggio, la menzionata aliquota ha fatto rientro all'ufficio di appartenenza, essendo stata avvicendata con unità provenienti da altri settori di Polizia di Frontiera.

Dal 30 giugno, anche queste ultime aliquote hanno fatto rientro in sede, grazie al mutato quadro operativo ed all'impiego di militari delle Forze armate nei servizi di vigilanza e pattuglia presso gli aeroporti lombardi.

Si informa, inoltre, che da alcuni mesi la fascia di confine tra Italia e Austria è comunque presidiata attraverso un dispositivo rinforzato di polizia che vede operare, presso il solo valico di Tarvisio, 60 appartenenti alla Polizia di Stato.

Uguale rafforzamento è stato disposto al confine italo-sloveno, con l'invio, presso la Questura di Trieste, di un contingente aggiuntivo di 50 unità. Nello stesso capoluogo giuliano opera altresì l'ufficio di Polizia di Frontiera marittima, che ha un organico pari a 66 unità.

Sono in atto, inoltre, dallo scorso mese di maggio, nell'ambito dell'accordo italo-austriaco, una serie di servizi congiunti di pattugliamento sulle principali tratte ferroviarie e stradali transfrontaliere.

Ovviamente, qualora la situazione dovesse richiederlo, questo Ministero non esiterà a disporre un ulteriore potenziamento dei controlli nel rispetto delle previsioni del regolamento Schengen.

Il Vice ministro dell'interno

BUBBICO

(18 novembre 2015)

DALLA ZUANNA, CUCCA, DI BIAGIO, FAVERO, FERRARA Elena, IDEM, LO GIUDICE, MATTESINI, PALERMO. - *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro dell'interno.* - Premesso che:

secondo quanto riportato da "L'Eco di Bergamo", da "La Gazzetta dello Sport" e dal "Corriere della Sera" del 19 gennaio 2015, durante la partita di *basket* Roosters Presezzo-Sebino Basket Villongo, sfida del campionato giovanile bergamasco, che si è tenuta sabato 17 gennaio 2015, l'arbitro ha impedito l'ingresso in campo ad un giovane indiano della squadra del Villongo, perché indossava il copricapo tipico dei sikh, argomentando che è vietato dal regolamento. La squadra si è opposta alla decisione del direttore di gara e per protesta alla fine del primo tempo ha lasciato il campo e ora rischia la sconfitta a tavolino;

la FIBA (Federazione internazionale pallacanestro), come riportato da Germano Foglieni, responsabile ufficio gare della Federazione italiana basket (FIP) per le province di Bergamo, Lecco e Sondrio, ha proibito tutti i copricapi più spessi di 5 centimetri l'estate 2014, ma poi ha anche emesso una circolare per invitare alla tolleranza nelle categorie non professionistiche e giovanili;

il ragazzo aveva già giocato altre partite indossando il copricapo sikh senza subire richiami da parte degli arbitri;

considerato che:

per i sikh il turbante non è considerato come un cappello o copricapo qualsiasi ma riveste un profondo significato religioso ed ha una funzione primaria di identificazione e di appartenenza al *guru*, tanto che viene indossato quotidianamente e adattato in colore alle diverse circostanze o professioni;

lo sport svolge una funzione fondamentale nella promozione del valore del rispetto dell'altro e nell'inclusione sociale dei giovani stranieri di seconda generazione,

si chiede di sapere:

se il Governo sia a conoscenza di quanto esposto;

quali siano le valutazioni e le iniziative di competenza che si intendano prendere, volte a scoraggiare comportamenti che possono risultare discriminatori nell'esercizio delle attività sportive.

(4-04608)

(1° ottobre 2015)

RISPOSTA. - La Federazione italiana pallacanestro (F.I.P.) riferisce che nel giorno 17 gennaio 2015, alle ore 17,30, nel Comune di Presezzo (Bergamo), presso la palestra comunale sita in via Montessori, era stata programmata la gara n. 2916 del campionato *under 17* maschile, tra la squadra A.S.D. Red Roosters P. Presezzo e la squadra Sebino Basket A.S.D.. Prima dell'inizio della gara l'arbitro, Massimiliano Arrigoni, ha proceduto al riconoscimento degli atleti e ha notato che un atleta della Sebino Basket A.S.D., Singh Sharanpreet, indossava un copricapo di dimensioni superiori a quelle stabilite dal regolamento tecnico ufficiale della pallacanestro.

L'arbitro ha evidenziato al giocatore che durante la gara non è permesso il copricapo, quale equipaggiamento non appropriato per il gioco, e che di conseguenza non avrebbe potuto partecipare all'incontro. Il tessera-

to Singh, nel ribadire di volere indossare il copricapo per motivi religiosi, non è stato ammesso a disputare la gara. Terminato il secondo quarto di gioco, l'allenatore della Sebino Basket A.S.D., Gruda Agim, dopo avere consultato la dirigenza della società sportiva, ha deciso di ritirare la squadra dalla gara già iniziata, e in proposito ha comunicato per iscritto la propria versione dei fatti.

L'arbitro, rientrato negli spogliatoi, ha registrato l'accaduto nel rapporto arbitrale, in particolare ha dichiarato di non avere autorizzato a giocare un componente della squadra Sebino Basket A.S.D., Singh Sharanpreet, poiché indossava un turbante alto all'incirca 10/15 centimetri. Il signor Arrigoni ha applicato il regolamento tecnico del *basket*, secondo cui i giocatori non devono usare equipaggiamenti che aumentano l'altezza del giocatore o che procurano un vantaggio illegale, non possono indossare oggetti pericolosi per gli altri giocatori, non sono permessi copricapo e accessori per capelli, sono consentite fasce per la testa larghe al massimo 5 centimetri, realizzate in materiale non abrasivo, panno di unico colore, plastica morbida o gomma.

La F.I.P. è affiliata alla Federation Internationale de Basketball (F.I.B.A.), competente ad adottare il regolamento tecnico ufficiale di gioco; in data 13 settembre 2014 la Federazione internazionale ha avviato, per la durata di due anni, un esperimento concernente l'introduzione del copricapo nell'equipaggiamento appropriato per il gioco; in tale periodo le federazioni nazionali hanno la facoltà di chiedere formalmente l'abrogazione del divieto di indossare un copricapo durante i periodi del gioco. La Federazione italiana pallacanestro, sebbene abbia registrato una crescita di tesserati stranieri, finora non ha formulato una richiesta in conformità a quanto disposto dalla F.I.B.A.

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri

DE VINCENTI

(19 novembre 2015)

DE PETRIS. - *Ai Ministri della salute e dei beni e delle attività culturali e del turismo.* - Premesso che:

nato negli anni '30 come centro all'avanguardia per la cura della tubercolosi, l'ospedale di Roma "Carlo Forlanini" è collocato in posizione ottimale grazie all'esposizione a sud-est; il complesso si estende per oltre 280.000 metri quadrati e offre ai visitatori un grande parco con essenze esotiche;

la planimetria a ferro di cavallo fu studiata per favorire una buona circolazione d'aria e di luce nelle ampie stanze di degenza, collegate tra loro da lunghe balconate;

pregevole è la forma architettonica e numerosi sono i servizi, costruiti all'epoca per garantire ai degenti ogni *comfort* nei lunghi soggiorni di cura;

il comitato di salvaguardia del Forlanini, in considerazione delle esigenze espresse dai cittadini (petizione con raccolta di 45.000 firme), sostiene il mantenimento della vocazione sanitaria della struttura con ampliamento della rete dei servizi assistenziali territoriali e la riconversione di spazi al sociale;

il 24 ottobre 2006, con la delibera n. 2145, la direzione generale dell'azienda "San Camillo-Forlanini" decretò la dismissione dello storico ospedale, stabilendo il trasferimento di tutti i reparti e servizi presso il vicino "San Camillo";

tale deliberazione fu ratificata dal Consiglio regionale del Lazio il 23 dicembre dello stesso anno, con l'articolo 26 della legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007, la legge regionale n. 27 del 2006;

nello stesso articolo si stabilì, quale misura straordinaria "per la valorizzazione del patrimonio regionale", di predisporre uno studio di fattibilità per valutare la possibilità di trasferire presso il Forlanini la sede degli uffici regionali di via della Pisana;

tale "valorizzazione" non risultò percorribile da parte degli amministratori regionali per vari motivi e fu altresì avversata da numerosi residenti del Lazio che, rispondendo all'appello di un comitato spontaneo di cittadini denominato "Salviamo il Forlanini", si impegnarono in una petizione popolare, volta a chiedere alle istituzioni competenti la riconversione della struttura a servizi sociosanitari;

il comma 66 dell'art. 1, lettera c), della legge regionale n. 14 del 2008 di assestamento del bilancio così recita: "a seguito del trasferimento presso l'ospedale San Camillo delle strutture sanitarie operanti nell'ospedale Forlanini, il complesso immobiliare dell'ex ospedale non si intende più destinato ad attività sanitaria e l'azienda ospedaliera San Camillo provvede entro il 31 dicembre 2008 a rendere disponibili gli immobili";

il 31 gennaio 2008, una delegazione di cittadini promotori della petizione popolare volta a riconvertire l'ospedale Forlanini in struttura socio-sanitaria, ha consegnato in Campidoglio la stessa petizione, indirizzata al sindaco di Roma quale massima autorità locale responsabile della salute dei cittadini;

difficoltà logistiche e organizzative a tutt'oggi non hanno reso possibile portare a compimento il trasferimento di locali e attività dall'ospedale Forlanini all'attiguo San Camillo e per tale motivo la Regione ha prorogato il termine di chiusura al 31 dicembre 2014 ipotizzando, in caso di inadempienza, il commissariamento;

la locale azienda sanitaria Roma D, afferente per territorio all'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini, non dispone di locali pubblici ove allocare i propri servizi e ambulatori e la stessa impegna annualmente circa 3 milioni di euro per canoni di locazione a privati presso cui hanno sede uffici e servizi;

la stessa azienda San Camillo Forlanini ha collocato alcuni reparti nell'attiguo istituto "Spallanzani", con pagamento annuo di un canone pari a circa 600.000 euro, così come l'Ares 118, azienda per l'emergenza sanitaria, ha ubicato i propri uffici nello stesso Spallanzani corrispondendo il relativo canone di affitto;

i cittadini, riuniti nel comitato "Salviamo il Forlanini", nelle associazioni "Valore Salute", "AssoTutela" e "Forlanini domani onlus", hanno manifestato con eventi e mobilitazioni la necessità di veder riconvertito il presidio a servizi sociosanitari, anche in considerazione della carenza di posti letto per malati cronici, anziani e di servizi sociosanitari territoriali;

la Regione Lazio è in grado di disporre di 628 milioni di euro *ex* legge n. 67 del 1988, articolo 20, sulle risorse per l'edilizia sanitaria, che al comma 2, lettera *i*), prevede la destinazione di fondi a strutture pubbliche dismesse da riconvertire ad uso sociosanitario e lo stesso Ministero della salute, nel 2007, ipotizzava un uso di risorse al fine della realizzazione di case della salute,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo non ritengano necessario impiegare le risorse disponibili per l'edilizia sanitaria per la riconversione a servizi sociosanitari dell'ospedale Forlanini di Roma;

per quale motivazione se ne preveda l'alienazione, con determinazione del valore catastale dell'immobile;

se intendano tenere conto della volontà dei cittadini, oggi nuovamente in mobilitazione;

se il Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo voglia esercitare la doverosa tutela nei confronti del bene pubblico che il complesso dell'ospedale Forlanini rappresenta.

(4-03299)

(22 gennaio 2015)

RISPOSTA. - In data 19 novembre 2014, la Direzione regionale programmazione economica, bilancio, demanio e patrimonio, Area gestione dei beni patrimoniali, della Regione Lazio richiedeva, alla competente Direzione del Ministero, la verifica di interesse culturale per il complesso immobiliare denominato “ex Ospedale Carlo Forlanini”, ai sensi dell’articolo 12 del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42 (Codice dei beni culturali e del paesaggio).

La Direzione per i beni culturali e paesaggistici avviava la procedura di verifica dell’interesse culturale, e richiedeva i pareri di competenza alla Soprintendenza per i beni architettonici e paesaggistici per il Comune di Roma e alla Soprintendenza speciale per i beni archeologici di Roma.

A conclusione di tale procedura, su proposta della Soprintendenza per i beni architettonici e paesaggistici per il Comune di Roma, il direttore per i beni culturali e paesaggistici del Lazio, con provvedimento del 18 febbraio 2015, decretava di interesse storico-artistico, ai sensi dell’articolo 1 comma 1, del codice dei beni culturali e del paesaggio, “il complesso immobiliare denominato “Ex Ospedale Carlo Forlanini “, sito in provincia di Roma, comune di Roma, piazza Carlo Forlanini 1, distinto in catasto al foglio 464, particelle 1, 5, 6, 7, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 152, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169 e 170 con via Giacomo Folchi, via Portuense, via Bernardino Ramazzini, largo Volontari del Sangue e piazza Carlo Forlanini”, per i motivi contenuti nella relazione storico artistica allegata al decreto stesso.

In forza di tale atto, il complesso immobiliare in questione è sottoposto a tutte le disposizioni di tutela contenute nel codice dei beni culturali e del paesaggio.

La citata Direzione del Ministero ha inviato il provvedimento di tutela alla Soprintendenza per i beni architettonici e paesaggistici per il Comune di Roma, affinché provveda alle operazioni di notifica ai diretti interessati e al Comune di Roma, nonché alla trascrizione presso l'Agenzia del territorio - Servizio pubblicità immobiliare.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(16 novembre 2015)

DONNO, CAPPELLETTI, SANTANGELO, PAGLINI, MORONESE, GAETTI, PUGLIA, TAVERNA, LEZZI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

in Puglia i dati relativi alla mortalità oncologica registrano un recente e significativo aumento, con particolare incidenza nella provincia di Lecce;

nella città di Lecce il tasso di mortalità per tutti i tipi di tumore è lievitato dal 19,8 per cento del 1990 al 25,8 per cento del 2008;

nella medesima città, i dati riguardanti la mortalità per tumore al polmone, inoltre, risultano essere superiori rispetto alla media italiana;

secondo quanto riportato nell'"Atlante della cause di morte della Regione Puglia, anni 2000-2005", elaborato dall'Osservatorio epidemiologico della Regione Puglia, "nei maschi, la distribuzione della mortalità per tutti i tumori si caratterizza per la presenza di 3 aggregati geografici con mortalità più elevata della media regionale e di alcuni eccessi isolati. Il *cluster* più esteso comprende quasi tutta la Provincia di Lecce (...) In molti altri Comuni della stessa Provincia, fra cui il capoluogo, si stima una mortalità dal 5 al 20 per cento più elevata della media";

nella citata fonte, il cartogramma dei tumori maligni delle labbra, della cavità orale e della faringe nei maschi mostra "un'evidente concentrazione dei casi nella parte meridionale della Regione: tutti i Comuni a sud della Provincia di Lecce mostrano BMR (Rapporto di Mortalità Bayesiano) dal 20 al 40 per cento più elevati della media regionale". Riguardo all'incidenza sulle donne della medesima patologia, "BMR dal 5 al 20 per cento più elevati della media regionale si registrano in 21 Comuni nella Provincia di Lecce, compreso il capoluogo". Analogamente, in tema di mortalità per i tumori maligni dell'esofago nei maschi, "un gruppo di 23 Comuni a sud della Provincia di Lecce presenta una mortalità dal 20 al 40 per cento più elevata della media regionale";

secondo il rapporto 2013, "I tumori in provincia di Lecce" del registro tumori dell'ASL Lecce, nel corso del quadriennio 2003-2006 in provincia di Lecce sono stati diagnosticati 15.914 casi di tumore maligno nella popolazione residente, 9.035 tra gli uomini, 6.879 tra le donne. I decessi, nello stesso arco temporale, sono stati 8.080, dei quali 4.828 tra gli uomini, 3.252 tra le donne;

nello stesso *report* si evidenziano altresì "tassi superiori alla media nazionale per i tumori del polmone e della vescica nel sesso maschile, per i tumori ovarici nel sesso femminile e per i tumori del sistema nervoso centrale in entrambi i sessi". Inoltre, "rispetto ai dati AIRTUM relativi al Sud Italia, si rilevano in provincia di Lecce tassi di incidenza superiori all'atteso per il complesso di tutti i tumori. In particolare si osservano tassi superiori alla media del Sud Italia per i tumori del polmone e della prostata nel sesso maschile, per i tumori della mammella e dell'ovaio nel sesso femminile e per i tumori del rene, vescica e sistema nervoso centrale in entrambi i generi";

la menzionata indagine mostra che i tumori più frequenti nel sesso maschile sono stati quelli del polmone (pari al 20,1 per cento di tutti i tumori maschili), della prostata (15,7 per cento), della vescica (14,2 per cento) e del colon e retto (11,4 per cento). Nel sesso femminile, i tumori più frequenti sono stati quelli della mammella (pari al 28,5 per cento di tutti i tumori femminili), del colon e del retto (13,6 per cento), corpo dell'utero (5,7 per cento), tiroide (5,2 per cento) e ovaio (4,2 per cento). Viene inoltre stabilito che, sulla base di questi dati, "si stima che il rischio di ammalarsi di cancro nel corso della vita, per i residenti nell'ASL di Lecce, sia pari al 31 per cento tra gli uomini (indicativamente 1 caso ogni 3 uomini) ed al 21 per cento tra le donne (1 caso ogni 5 donne)",

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti in premessa e quali misure intenda adottare al fine di individuare in maniera puntuale i fattori di rischio e le cause che determinano simili preoccupanti incidenze, specie nel territorio leccese;

quali iniziative intenda promuovere al fine di garantire un adeguato aggiornamento dei dati inerenti alla mortalità oncologica nel territorio nazionale e pugliese ed un opportuno programma di prevenzione nonché di assistenza sanitaria che salvaguardi la salute dei cittadini, con particolare attenzione alle aree maggiormente colpite da mortalità oncologica.

(4-03777)

(9 aprile 2015)

RISPOSTA. - La Prefettura di Lecce ha acquisito le informazioni relative alla situazione epidemiologica della Provincia di Lecce, fornite dalla Direzione generale della ASL di Lecce sulla scorta della seguente documentazione:

a) “dati incidenza del Registro Tumori — ASL di Lecce 2003-2007”;

b) “analisi della mortalità nella provincia di Lecce nel periodo 2006 -2011”, con l’aggiornamento dei dati della mortalità per causa della popolazione residente, elaborati dal centro di coordinamento del registro tumori di Puglia;

c) “deliberazione della Giunta regionale n. 889 del 29 aprile 2015”, avente ad oggetto “Centro salute ambiente. Programma Operativo delle Attività 2015-2016 e avvio del progetto Jonico salentino”.

Nel corso del quinquennio 2003 - 2007 sono stati diagnosticati, tra la popolazione residente, nella Provincia di Lecce, 20.292 casi di tumore maligno, di cui 11.500 fra gli uomini, 8.792 tra le donne, con esclusione dei carcinomi cutanei e dei tumori non maligni del sistema nervoso centrale.

I tassi di incidenza grezzi sono stati pari a 609 casi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 423 ogni 100.000 abitanti tra le donne, superiori ai tassi di incidenza standardizzati per età (popolazione *standard* europea), pari a 460 per gli uomini e 307 per le donne.

I tumori più frequenti nel sesso maschile sono stati quelli del polmone, della prostrata, della vescica e del colon retto, mentre nel sesso femminile sono stati quello della mammella, del colon retto, del corpo dell’utero, della tiroide e dell’ovaio.

In generale, in Provincia di Lecce si osservano tassi di incidenza inferiori alla media nazionale, ma superiori a quelli della media dei registri dei tumori del Sud Italia.

In entrambi i sessi si osserva una minore incidenza rispetto alla media nazionale per i tumori maggiormente correlabili alla dieta (in particolare i tumori del colon e del retto, i tumori dello stomaco e del pancreas) con tassi sostanzialmente sovrapponibili a quelli di altre aree del Meridione, mentre si evidenziano elevati tassi di incidenza (e mortalità) per i tumori del polmone e della vescica tra gli uomini.

Dal confronto con i dati dell’Associazione italiana registri tumori - AIRTUM (nazionali) relativi al Sud Italia, i tassi di incidenza registrati nella Provincia di Lecce risultano essere superiori per il complesso di tutti i tumori.

In particolare, si osservano tassi superiori alla media del Sud Italia per i tumori del polmone e della prostata nel sesso maschile, per i tumori della mammella e dell'ovaio nel sesso femminile, e per i tumori del rene, della vescica e del sistema nervoso centrale in entrambi i generi.

Alla luce di quanto esposto, la Direzione sanitaria dell'ASL di Lecce ha ritenuto necessario, sia continuare a monitorare il territorio attraverso il registro dei tumori sia avviare studi analitici, mirati ad approfondire le tematiche di salute utilizzando il programma del centro salute-ambiente (programma operativo delle attività 2015/ 2016 e avvio del progetto jonico - salentino) approvato dalla Regione Puglia con la citata deliberazione n. 889/2015, che attribuisce al direttore generale dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) Puglia il compito di definire il disegno dello studio complessivo degli interventi che interessano anche le aree delle Province di Brindisi e Lecce, con particolare riguardo per l'inquinamento atmosferico, la rumorosità ambientale, la contaminazione "indoor" da radon, nonché per i profili di rischio dei cittadini residenti nella macro area Jonico-Salentina, in funzione della loro esposizione a tutte le sorgenti inquinanti.

Gli studi della ASL di Lecce hanno lo scopo di approfondire le tematiche connesse alla salute materno-infantile (indicatori di salute riproduttiva e di salute nei primi anni di vita, incluso lo sviluppo cognitivo e le malformazioni neonatali), alle patologie respiratorie e cardio-vascolari acute e croniche in età adulta ed, in particolare, alle patologie tumorali in relazione al lungo periodo che intercorre tra l'esposizione e la comparsa della malattia.

La stessa Azienda sanitaria si propone, altresì, di potenziare le attività di sorveglianza epidemiologica fondate sul registro di mortalità e dei tumori della Provincia di Lecce, nonché di approfondire sia gli studi di epidemiologia descrittiva sia le indagini di epidemiologia analitica e il "risk assessment".

Per quanto riguarda le iniziative promosse nel territorio provinciale, la stessa ASL ha segnalato di aver dato applicazione alle disposizioni regionali inerenti al piano regionale di *screening*, con offerta attiva alla popolazione "target" degli *screening* previsti dal citato piano, e di aver attivato i gruppi interdisciplinari per patologia (GIP), tra cui anche quelli relativi alle patologie neoplastiche polmonari e gastrointestinali.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(16 novembre 2015)

FABBRI, BORIOLI, FAVERO, FORNARO, D'ADDA, FASIOLO, VALDINOSI, SILVESTRO, ROMANO, SERAFINI, PELINO, AIELLO, FUCKSIA, BAROZZINO, MUNERATO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

in aree caratterizzate da elevato impatto di patologie correlate all'amianto (Casale Monferrato, Broni) è in corso una campagna di disinformazione, da parte dell'Osservatorio nazionale amianto (ONA), sulla popolazione circa gli interventi terapeutici ed assistenziali da porsi in essere sui soggetti affetti da tali patologie; dette campagne, oltre ad essere mirate a screditare i professionisti che gestiscono i casi, propongono approcci a carattere terapeutico-assistenziale non in linea con le evidenze scientifiche, suggerendo farmaci, come ad esempio il Glivec (generico Veenat), non approvati dall'AIFA e per i quali non esistono allo stato attuale studi clinici che ne supportino l'utilizzo nella cura del mesotelioma (attualmente è in corso uno studio presso l'istituto Humanitas); tali farmaci vengono acquistati dai pazienti (o loro familiari) *on line* in Paesi stranieri (India) o tramite intermediari, come si evince dai *blog* ("Intopic mesotelioma");

il paziente non viene gestito in forma multidisciplinare e multiprofessionale, anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella rete oncologica e con l'integrazione delle cure domiciliari;

l'approccio terapeutico al paziente, effettuato anche attraverso personale non medico (come emerge dal citato *blog*), in ogni caso, non prende in considerazione alcuna terapia di supporto psicologico, elemento cardine per garantire la *compliance* del paziente ai farmaci proposti. Inoltre, di sovente, come rilevato nei *blog*, viene suggerito dai partecipanti allo stesso di non informare l'oncologo che ha in carico il paziente sulla contemporanea assunzione di tali prodotti farmacologici, in associazione con la gemcitabina. Ciò può mettere a repentaglio la salute dei pazienti, attraverso l'aggravamento del profilo di tossicità;

frequentemente, infine, si verifica lo scambio di farmaci tra i pazienti stessi (come da lettura del *blog*);

l'approccio al malato non viene eseguito secondo specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) ma effettuato attraverso *e-mail* ovvero per telefono, in contrasto, pertanto, con la corretta gestione dei casi di qualsiasi patologia ed a maggior ragione per malattie che presuppongono un'attenta analisi del paziente,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti descritti e quali iniziative urgenti, a tutela della salute pubblica, intenda intraprendere al fine di evitare che proseguano azioni mediatiche di assoluta disinformazione sulla popolazione e interventi diagnostico-terapeutico-

assistenziali sui pazienti non in linea con le evidenze scientifiche e che peraltro sono causa di false illusioni.

(4-04140)

(17 giugno 2015)

RISPOSTA. - L'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha precisato che il prodotto "Glivec" è un medicinale contenente il principio attivo chiamato "imatinib", che agisce inibendo la crescita di cellule anormali in alcuni tipi di cancro.

Il principio attivo "imatinib" (Glivec) non è approvato per l'utilizzo nel trattamento del mesotelioma pleurico e la sua somministrazione richiede la prescrizione del medico.

A tale riguardo, la stessa Agenzia ha segnalato che, per la cura del mesotelioma pleurico non pretrattato, risulta autorizzato e rimborsato il medicinale "Alimta" (principio attivo "pemetrexed"), mentre i farmaci "gemcitabina", "cisplatino" e "carboplatino" sono inseriti nell'elenco dei medicinali di uso consolidato, utilizzati "off-label" nel trattamento del mesotelioma, con imputazione dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996 n. 648.

Inoltre, la legge 8 aprile 1998, n. 94, recante "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria", consente l'utilizzo "off-label" di farmaci non autorizzati e senza imputazione dei relativi costi al Servizio sanitario nazionale in singoli casi, sotto la responsabilità del medico prescrivente e previa acquisizione del consenso informato.

In tali circostanze, l'utilizzo del medicinale nell'indicazione non autorizzata è comunque subordinato all'esistenza di studi clinici, almeno di II fase, con esito positivo.

Circa gli aspetti riguardanti l'acquisto *online* di medicinali, l'AIFA ha inteso precisare che l'Italia è uno dei Paesi in cui i controlli sulle farmacie "online" illegali erano già in vigore ben prima del recepimento della recente normativa europea, che ha reso possibile, dal 1° luglio 2015, la vendita e l'acquisto "online" dei soli farmaci senza prescrizione medica (decreto legislativo n. 17 del 19 febbraio 2014, che recepisce la direttiva europea 2011/62/EU sui medicinali falsificati): quindi l'acquisto di "imatinib" *online* è vietato dalla legge.

Fin dal 2011, l'AIFA ha avviato campagne di chiusura dei siti illegali, grazie ad un accordo di collaborazione siglato con l'agenzia statuni-

tense “Legitscript”, la quale stima che almeno il 99 per cento dei siti *web* che vendono medicinali sia illegale.

A seguito della nuova normativa, le attività dell’AIFA sono attualmente indirizzate all’individuazione ed alla chiusura di siti non autorizzati, o che vendono medicinali per i quali è richiesta la prescrizione medica.

In base alle nuove disposizioni normative, le farmacie “*online*” legali devono essere riconoscibili, e quindi distinguibili da quelle illegali, attraverso il “logo comune”, un bollino di sicurezza condiviso e coerente a livello europeo, rilasciato a cura del Ministero della salute.

Negli ultimi mesi, grazie al decreto legislativo n. 17 del 2014, alcune delle attività di contrasto avviate dall’AIFA sono state consolidate in più ampi progetti inter-istituzionali: la *task force* “Impact Italia” è stata ampliata e trasformata in *task force* nazionale anticontraffazione, mentre il Tavolo di collaborazione intersettoriale sulle “*e-pharmacies*”, avviato da AIFA, Comando dei Carabinieri per la tutela della salute (NAS) e Ministero della salute, insieme all’Autorità garante della concorrenza e del mercato, al registro “Information Technology” e al Ministero dello sviluppo economico, che aveva già affrontato con successo problematiche complesse, è stato formalizzato in una Conferenza dei Servizi sulle “*e-pharmacies*”.

Questo nuovo gruppo di lavoro ha il compito di ricevere ed analizzare tutte le segnalazioni relative a siti *web* sospetti, dediti alla vendita di medicinali, e di identificare le violazioni alla disciplina sulla vendita a distanza al pubblico: a conclusione dell’istruttoria, la documentazione relativa al sito segnalato viene trasmessa al Ministero della salute.

L’AIFA prosegue la propria attività di sorveglianza sulla vendita illegale di farmaci *online* anche attraverso la partecipazione a operazioni internazionali di polizia e doganali, come avvenuto con la recente “Pangea VIII” (che dal 9 al 16 giugno 2015, solo presso i principali porti e aeroporti italiani, ha portato al sequestro di oltre 90.000 unità di farmaci illegali o falsi), nonché le attività di formazione degli operatori mediante corsi, pubblicazioni ed ulteriori iniziative in corso.

Queste azioni di contrasto devono essere affiancate da una capillare attività di sensibilizzazione dei consumatori, affinché maturino la consapevolezza del pericolo che si corre affidandosi a siti illegali.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(16 novembre 2015)

PALERMO. - *Ai Ministri del lavoro e delle politiche sociali e dell'istruzione, dell'università e della ricerca.* - Premesso che:

negli ultimi vent'anni sono sorti in Italia diversi enti *no-profit* con finalità di ricerca e con ordinamento di diritto privato (fondazioni, società consortili, associazioni), in molti casi frutto di una cooperazione tra pubblico e privato, con il proposito di trasferire i risultati della ricerca pubblica, solitamente a più alto rischio e legata a progetti di lungo periodo, al mondo dell'impresa per una trasformazione in prodotti o servizi. Simili realtà sono pensate per operare nel "mercato della ricerca" secondo il principio di libera concorrenza: a fronte di fonti di finanziamento ordinarie da parte della pubblica amministrazione (Ministeri o enti locali) in misura limitata rispetto al fabbisogno complessivo, la sopravvivenza e la crescita di tali organismi di ricerca privati è legata essenzialmente alla capacità di reperire fondi pubblici e privati, rispettivamente attraverso la partecipazione a bandi di finanziamento e la fornitura di servizi di ricerca e sperimentazione. In questo contesto, l'ordinamento di diritto privato garantisce una maggiore flessibilità rispetto a quello di diritto pubblico, consentendo una notevole autonomia nella rimodulazione della *mission* e nell'organizzazione del lavoro;

attualmente sono una settantina in Italia gli organismi di ricerca privati senza scopo di lucro, indipendentemente dal loro *status* giuridico o fonte di finanziamento, il cui fine statutario consiste nello svolgimento di attività di ricerca, nello sviluppo tecnologico e nella diffusione della conoscenza mediante l'insegnamento, la pubblicazione o il trasferimento di tecnologie;

pur essendo difficile effettuare una generalizzazione del modello "organismo di ricerca privato" a causa delle differenze in termini di ordinamento istituzionale, si può affermare che la gran parte di tali enti di eccellenza scientifica struttura il proprio organico su una quota minima di personale assunto a tempo indeterminato, al fine di assicurare il *know how* e la continuità dell'istituzione e dei suoi obiettivi, ma soprattutto su un numero cospicuo di neo-laureati, di collaboratori scientifici e di ricercatori, alcuni dei quali ospitati in virtù di una "convenzione di accoglienza" di studiosi dei Paesi terzi negli Stati membri dell'Unione europea, in forza della direttiva 2005/71/CE, adottata in Italia con il decreto legislativo 9 gennaio 2008, n. 17, nonché di professori universitari, cui spesso viene affidato il delicato ruolo di garanti di una maggiore e più stretta collaborazione tra università e mondo della ricerca;

quindi, la parte prevalente delle risorse umane e scientifiche dei centri privati di ricerca italiani lavora attualmente con contratti a termine o a progetto (*co.co.pro.*), spesso condizionati dall'erogazione di finanziamenti europei o da parte di soggetti privati terzi, ma anche dal raggiungimento del risultato scientifico atteso, per il quale gli studiosi operano autonomamente, senza vincolo di eterodirezione né di sede, svolgendo anche all'estero le attività di studio necessarie;

la stessa natura e vocazione di tali organismi di ricerca privati necessita di un continuo ricambio di personale, al fine di garantire una crescita scientifica persistente e un apporto costante di nuove esperienze, nonché di una flessibilità lavorativa che consenta di dirigere il personale verso gli obiettivi di volta in volta richiesti dal mercato;

considerato che:

l'art. 2 del decreto legislativo n. 81 del 2015 (attuativo della legge delega n. 183 del 2014, il cosiddetto "Jobs Act"), volendo superare lo schema contrattuale delle collaborazioni a progetto introdotte dalla cosiddetta "legge Biagi" (artt. 61 e seguenti del decreto legislativo n. 276 del 2003), introduce di fatto una "presunzione di subordinazione", stabilendo al comma 1, che, a far data dal 1° gennaio 2016, si applica la disciplina del rapporto di lavoro subordinato anche ai rapporti di collaborazione che si concretino in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro;

come precisato da alcuni commentatori, il superamento del contratto di lavoro a progetto non comporta tuttavia l'abrogazione né delle norme del codice civile sul lavoro autonomo, né di quelle sulle collaborazioni continuative e coordinate (co.co.co.), anche perché queste ultime non esistono come "tipologia contrattuale", essendo soltanto una modalità di atteggiarsi di un contratto di lavoro autonomo avente ad oggetto, non la realizzazione di un'opera ma l'erogazione di un servizio (art. 2222 del codice civile) mediante una prestazione continuativa e coordinata. Non a caso, l'art. 52 del decreto legislativo n. 81 del 2015 fa specificamente salvo quanto previsto dall'art. 409 del codice di procedura civile (norma che menziona espressamente gli «altri rapporti di collaborazione che si concretino in una prestazione di opera continuativa e coordinata, prevalentemente personale anche se non a carattere subordinato»). In sostanza, nulla parrebbe vietare la stipula di reali contratti di lavoro autonomo aventi ad oggetto una prestazione continuativa e coordinata, anche a tempo indeterminato (ferma restando la necessità di rispettare i previsti vincoli di carattere generale, compresi quelli finanziari);

è pur vero che l'art. 23 del decreto legislativo n. 81 del 2015, al comma 3, prevede espressamente una deroga al limite del 20 per cento del numero dei lavoratori a tempo indeterminato in forza al 1° gennaio dell'anno di assunzione (comma 1) per i contratti a tempo determinato stipulati «tra università private, incluse le filiazioni di università straniere, istituti pubblici di ricerca ovvero enti privati di ricerca e lavoratori chiamati a svolgere attività di insegnamento, di ricerca scientifica o tecnologica, di assistenza tecnica alla stessa o di coordinamento e direzione della stessa», precisando di seguito che «I contratti di lavoro a tempo determinato che hanno ad oggetto in via esclusiva lo svolgimento di attività di ricerca scientifica possono avere durata pari a quella del progetto di ricerca al quale si riferiscono», ma

questo comporta comunque la riconduzione nell'alveo di un rapporto subordinato di collaborazioni che invece richiedono per loro stessa natura flessibilità nei tempi, nelle modalità e nei luoghi di lavoro;

di fatto, tale quadro normativo non rende sicura e definitiva la distinzione tra le due figure di lavoratore autonomo e subordinato: come ha sottolineato di recente anche Carlo Dell'Aringa, professore di Economia politica all'università Cattolica di Milano e ex-Sottosegretario al lavoro del Governo Letta, l'incertezza che ne deriva non farà che disincentivare il ricorso ai contratti di collaborazione, soprattutto nelle piccole imprese del terziario, nelle attività di ricerca e di assistenza e tra i consulenti, settori in cui oggi i contratti a progetto sono più diffusi;

infine, parrebbe difficilmente percorribile anche la via del ricorso a una delle commissioni previste dall'art. 76 del decreto legislativo n. 276 del 2003 e richiamate dall'art. 2, comma 3, del decreto legislativo n. 81 del 2015, per un'ipotetica certificazione dell'assenza dei requisiti della subordinazione (continuità; coordinazione; carattere prevalentemente personale della prestazione di lavoro; assenza di un vincolo di subordinazione del collaboratore nei confronti del committente),

si chiede di sapere:

se risulti al Ministro in indirizzo che la sussistenza di uno solo dei citati requisiti di subordinazione possa comunque consentire un inquadramento del rapporto lavorativo nel contratto di co.co.co.;

se, alla luce della nuova disciplina introdotta dal decreto legislativo n. 81 del 2015, gli organismi di ricerca privati italiani possano offrire ai propri collaboratori scientifici e ricercatori soltanto 2 tipologie di contratti: quelli di apprendistato per l'alta formazione finalizzati esclusivamente al conseguimento del dottorato di ricerca, con il limite d'età dei 29 anni (art. 45, del decreto legislativo n. 81 del 2015), o quelli a tempo determinato legati alla durata del progetto (art. 23, comma 3, ultimo capoverso del decreto legislativo n. 81 del 2015);

se il Ministro, prendendo atto delle zone d'ombra che così verrebbero a determinarsi nella nuova disciplina, ritenga opportuno attivarsi per emendare il testo del decreto legislativo n. 81 del 2015, introducendo disposizioni *ad hoc* per i rapporti di collaborazione, nell'ambito della ricerca scientifica e tecnologica, favorendo con ciò, anche sulla base dei principi dettati dalla Carta europea dei ricercatori, lo sviluppo e il riconoscimento giuridico di uno specifico profilo professionale di livello internazionale;

se, in caso contrario, intenda emanare circolari chiarificatrici che precisino e delimitino le tipologie contrattuali utilizzabili, fatta comunque

salva l'impossibilità per gli istituti di ricerca privati di assumere studiosi con contratti vincolanti a tempo indeterminato.

(4-04490)

(10 settembre 2015)

RISPOSTA. - Nell'ambito della disciplina delle due tipologie contrattuali indicate, e cioè il contratto a tempo determinato e l'apprendistato di alta formazione e ricerca, il decreto legislativo n. 81 del 2015 (emanato in attuazione del cosiddetto Jobs Act) ha introdotto specifiche disposizioni che vanno incontro alle esigenze degli organismi di ricerca.

Oltre a ciò, occorre precisare che l'art. 52 del decreto legislativo n. 81 del 2015, nel disporre il superamento delle collaborazioni a progetto, di cui agli artt. da 61 a 69-*bis* del decreto legislativo n. 276 del 2003, ha fatto salvo il proseguimento dei rapporti già in essere al 25 giugno 2015 (data in cui il decreto legislativo n. 81 del 2015 è entrato in vigore), evidenziando altresì la permanenza del disposto di cui all'art. 409 del codice di procedura civile. Il citato articolo, si ricorda, fa salva la possibilità di ricorrere "(...) ad altri rapporti di collaborazione che si concretino in una prestazione di opera continuativa e coordinata prevalentemente personale anche se non a carattere subordinato".

Pertanto, a normativa vigente, è ancora possibile ricorrere a collaborazioni coordinate e continuative senza uno specifico progetto.

Il legislatore ha comunque previsto, a decorrere dal 1° gennaio 2016, un meccanismo di estensione della disciplina del rapporto di lavoro subordinato a quelle collaborazioni "che si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro" (art. 2, comma 1, del decreto legislativo n. 81 del 2015).

La predetta disciplina non si applica, tuttavia, a quelle collaborazioni per le quali "i contratti collettivi prevedono discipline specifiche riguardanti il trattamento economico e normativo, in ragione delle particolari esigenze produttive ed organizzative del relativo settore" (art. 2, comma 2, lett. *a*), del decreto legislativo n. 81 del 2015).

In forza di quest'ultima disposizione normativa, pertanto, la presenza di un contratto collettivo che disciplini il trattamento economico e normativo di soggetti impiegati nel settore della ricerca con contratto di collaborazione, consente lo svolgimento di prestazioni lavorative sulla base di tale tipologia contrattuale, senza incorrere nell'effetto estensivo previsto dall'art. 2, comma 1, del decreto legislativo n. 81 del 2015.

Le citate disposizioni evidenziano, dunque, l'intento del legislatore di circoscrivere il ricorso a forme di collaborazione solo nei casi in cui le stesse si svolgano effettivamente secondo criteri di autonomia o, comunque, quello di assicurare che tali tipologie di impiego siano tutelate, sotto il profilo retributivo e normativo, dalla contrattazione collettiva.

In altri termini, l'attuale quadro normativo vuole disincentivare il ricorso a contratti di collaborazione coordinata e continuativa che, in ragione delle loro effettive modalità di svolgimento (prestazioni esclusivamente personali e continuative, le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro), potrebbero tradursi in veri e propri rapporti di lavoro subordinato.

Pertanto, qualora nell'ambito dell'attività di ricerca svolta da organismi *no profit*, l'apporto del collaboratore si svolga secondo le citate modalità, appare dirimente l'intervento della contrattazione collettiva che potrà consentire la disapplicazione della disposizione di cui al citato art. 2 del decreto legislativo n. 81 del 2015.

Ciò posto, si precisa che l'art. 2 del decreto legislativo n. 81 del 2015 si limita ad "estrapolare" due fra i vari indici giurisprudenziali sintomatici della sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato (1- prestazioni di lavoro esclusivamente personali e continuative; 2- modalità di esecuzione delle prestazioni di lavoro organizzate dal committente, anche con riferimento ai tempi ed ai luoghi di lavoro). Tali indici, che consentono di applicare la disciplina del rapporto di lavoro subordinato mantenendo inalterata la qualificazione giuridica del rapporto di lavoro, devono entrambi sussistere.

Si segnala, inoltre, che gli organismi di ricerca privati italiani possono offrire ai propri collaboratori scientifici e ricercatori, oltre al contratto di apprendistato di alta formazione e ricerca e al contratto a tempo determinato, anche l'ordinario contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, nonché i contratti di collaborazione coordinata e continuativa purché non organizzate dal committente.

Occorre infine precisare che il legislatore ha già attenzionato il settore della ricerca scientifica e tecnologica con riferimento sia alla disapplicazione dei limiti percentuali previsti per l'assunzione di lavoratori a tempo determinato, ai sensi dell'art. 23, comma 3, del decreto legislativo n. 81 del 2015, sia agli incentivi previsti per le assunzioni con contratto di apprendistato di alta formazione e ricerca, ai sensi dell'art. 32, comma 3, del decreto legislativo n. 150 del 2015.

Da ultimo, si precisa che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, solo all'esito di un primo monitoraggio, potrà valutare l'opportunità

di emanare eventuali circolari chiarificatrici aventi ad oggetto le tipologie contrattuali attualmente utilizzabili.

Il Sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali

BELLANOVA

(18 novembre 2015)

PANIZZA, LANIECE. - *Al Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo.* - Premesso che:

dagli organi di stampa si apprende che ANBIMA (Associazione bande musicali italiane autonome) e FENIARCO (Federazione nazionale italiana che riunisce le associazioni corali di tutte le regioni italiane e delle Province autonome di Trento e Bolzano) sarebbero state escluse dai finanziamenti FUS (fondo unico per lo spettacolo) per il triennio 2015-2017, nonostante le solenni promesse ricevute dal Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo;

in merito alla Feniarco, il primo firmatario della presente interrogazione, con atto di sindacato ispettivo 4-03988, pubblicato il 19 maggio 2015, nella seduta n. 452, ha sollecitato la necessità e l'urgenza di rivedere il contributo per adeguarlo alle esigenze della Federazione che rappresenta 21 associazioni territoriali, 2 associazioni *partner*, 2.700 cori associati, 70.000 cantori, 2.000 maestri/direttori e che ha offerto gratuitamente 25.000 concerti alla popolazione su tutto il territorio italiano. Nella stessa interrogazione parlamentare ha chiesto, inoltre, la possibilità di potenziare economicamente una federazione musicale-culturale così ampia, che ha saputo fare rete sul territorio e valorizzare uno straordinario patrimonio culturale di base;

le stesse considerazioni valgono naturalmente per il movimento bandistico che vanta nel nostro Paese una lunga storia ed una prestigiosa tradizione e che raccoglie numerose realtà musicali attive in tutti i territori, svolgendo un'azione di promozione culturale e sociale preziosissima ed irrinunciabile;

considerato che a parere dell'interrogante sarebbe davvero inaccettabile e incomprensibile tale esclusione, dopo i tanti riconoscimenti avuti negli anni e dopo tutto il prezioso lavoro svolto per decenni, sia dai cori che dalle bande musicali con le rispettive organizzazioni federative, su tutto il territorio nazionale, con risultati di grande prestigio anche a livello internazionale,

si chiede di sapere:

se la notizia dell'esclusione dai finanziamenti FUS delle due associazioni citate per il triennio 2015-2017 corrisponda al vero;

se, in caso affermativo, il Ministro in indirizzo non ritenga invece necessario destinare alle suddette realtà musicali un contributo di almeno 250.000 euro l'anno per ciascuna, come ampiamente meritano.

(4-04329)

(22 luglio 2015)

RISPOSTA. - E' opportuno richiamare quanto dispone l'articolo 43 del decreto ministeriale 1° luglio 2014, recante "Nuovi criteri per l'erogazione e modalità per la liquidazione e l'anticipazione di contributi allo spettacolo dal vivo, a valere sul Fondo unico per lo spettacolo, di cui alla legge 30 aprile 1985, n. 163), decreto, che, come è noto, ha introdotto un'ampia riforma dei criteri di ripartizione del FUS (Fondo unico per lo spettacolo), invero attesa da tempo.

Tale norma prevede la concessione di contributi a soggetti pubblici e privati, anche in forma associata, che operino negli ambiti del teatro, della musica, della danza, dei circhi e dello spettacolo danzante e che realizzino progetti triennali di promozione, di rilevanza e operatività nazionale o internazionale, finalizzati: a) al ricambio generazionale degli artisti; b) alla coesione e all'inclusione sociale; c) al perfezionamento professionale; d) alla formazione del pubblico.

Possono essere sostenuti fino a un massimo di quindici progetti per ciascuno degli ambiti elencati.

Le domande di contributo sono oggetto di una valutazione, di carattere esclusivamente qualitativo, da parte delle commissioni consultive competenti per materia. La valutazione qualitativa è effettuata da ciascuna commissione in base agli indicatori riportati nell'allegato E del decreto ministeriale citato.

Possono accedere al contributo i progetti che ottengano un punteggio minimo di 60 punti su 100, tenuto conto del numero massimo di progetti sovvenzionabili per ogni ambito.

Le associazioni ANBIMA e FENIARCO hanno presentato domanda di contributo per il triennio 2015-2017, con riguardo alla seconda delle finalità previste dall'articolo 43, ovvero per progetti di promozione finalizzati alla coesione e all'inclusione sociale.

La Direzione generale Spettacolo ha comunicato che la competente Commissione consultiva Musica, riunitasi il 1° e il 20 luglio 2015,

all'esito della valutazione dei progetti e dell'attribuzione dei relativi punteggi, ha ritenuto "di non doversi accogliere nessuna domanda relativa alla seconda finalità Coesione e inclusione sociale" e, quindi, tantomeno quelle presentate da ANBIMA e da FENIARCO.

Sulla base delle deliberazioni della Commissione Musica, il direttore generale dello spettacolo ha provveduto, pertanto, con proprio decreto del 31 luglio 2015, all'assegnazione dei contributi per l'anno 2015, sulla base dei punteggi ottenuti, con l'esclusione degli organismi che non avevano ottenuto il punteggio minimo richiesto dalla normativa, adempimento cui era tenuto senza margini di discrezionalità.

Come giustamente ricordato, le bande musicali italiane e le associazioni corali rappresentano uno straordinario patrimonio culturale di base, diffuso su tutto il territorio nazionale e svolgono una preziosa azione di promozione culturale e sociale.

Altrettanto apprezzabile è il lavoro svolto dalle rispettive organizzazioni federative che hanno saputo fare rete, valorizzando queste realtà musicali e concorrendo al raggiungimento di risultati di rilievo.

Per questi motivi l'amministrazione è impegnata nel monitoraggio e nella valutazione degli effetti prodotti dalla riforma citata, sulla quale la valutazione rimane complessivamente positiva, ma che indubbiamente, nella fase di prima attuazione, può aver comportato, rispetto a talune specifiche situazioni, esiti meritevoli di un aggiustamento. In tale prospettiva l'amministrazione assicura piena attenzione ad istanze, quali quella rappresentata, e si sta adoperando per individuare gli strumenti, eventualmente con il concorso degli organi parlamentari, più atti a recepirle.

Il Sottosegretario di Stato per i beni e le attività culturali e per il turismo

BORLETTI DELL'ACQUA

(19 novembre 2015)

SIMEONI, ORELLANA, DE PIETRO, VACCIANO, BIGNAMI, CASALETTO, ROMANI Maurizio, BENCINI, MASTRANGELI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che a quanto risulta agli interroganti:

le cronache locali riportano ancora una volta notizie di mala gestione della sanità nella provincia di Latina e nella zona del pontino;

secondo la stampa, infatti, si è verificato in data 1° luglio 2015 il crollo di un solaio nella casa della salute di Sezze, fortunatamente non cau-

sando vittime, poiché tale struttura era già stata dichiarata inagibile e trattenuta dai vigili del fuoco;

in un primo sopralluogo gli uomini del 115 avevano evidenziato una profonda fessura nella parte centrale dell'ospedale e, vista la rapidità con la quale la situazione stava evolvendo, era stato disposto lo sgombero dell'area interessata;

questo inaccettabile avvenimento evidenzia ancora una volta, se necessario, la cattiva condizione in cui versano le strutture sanitarie pontine, con evidenti rischi per la sicurezza di personale e pazienti;

nonostante l'apertura della casa della Salute di Sezze, rimangono ancora sul tavolo tutte le altre problematiche dell'ospedale "S.M. Goretti", nonostante le ripetute segnalazioni inviate a tutti i livelli istituzionali: l'affollamento ormai endemico del pronto soccorso, che si ripercuote anche sul funzionamento delle ambulanze, che restano bloccate a causa dell'utilizzo improprio delle barelle utilizzate come letti di degenza; la carenza cronica di organico, che genera tempi incongrui di attesa al pronto soccorso anche per i pazienti in "codice rosso"; i biblici tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali che hanno visto arrivare ad oltre un anno i tempi per ottenere una mammografia; l'utilizzo incongruo del pronto soccorso per l'alto numero di accessi dei cosiddetti "codici bianchi"; il ciclico blocco degli interventi chirurgici di elezione causato dalla carenza di posti letto nel reparto di rianimazione, che provoca un utilizzo scandalosamente inadeguato delle sale operatorie che fungono da ulteriori posti letto di rianimazione;

tutti questi problemi, ripetutamente denunciati ormai da moltissimo tempo ed a tutti i livelli istituzionali, non hanno ancora trovato risposte, né sono stati disposti interventi che possano far sperare in un miglioramento della situazione che ormai pare essere arrivata al vero e proprio collasso;

anche la Cgil funzione pubblica, dopo un recente incontro con i lavoratori in merito alla situazione dell'ospedale Santa Maria Goretti di Latina, ha prospettato un quadro drammatico, fatto di carenza di organico e posti letto, di annosi problemi al pronto soccorso, liste di attesa lunghissime e quant'altro, tanto da preannunciare un esposto alla Procura della Repubblica;

considerato che:

secondo quanto previsto dal patto della salute 2014-2016, l'istituzione delle case della salute dovrebbe avere come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dal decreto legislativo n. 229 del 1999 e dalla legge n. 328 del 2000;

la casa della salute deve, fra le altre cose, garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e 7 giorni su 7; assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda; sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate;

il reale funzionamento della struttura avrebbe in teoria potuto essere un valido supporto al migliore e più congruo funzionamento del pronto soccorso, se non fosse che a pochi mesi dalla sua apertura si trovava già in una condizione tale da dover chiudere una parte dell'edificio poiché pericolante;

nel mese di febbraio 2015 c'è stato un cambio al vertice dell'ospedale "Santa Maria Goretti", per il quale l'Asl ha deciso di riportare nella posizione di maggiore responsabilità del principale nosocomio della provincia il dottor Sergio Parrocchia: avvicendamento che allo stato attuale della situazione non sembra aver prodotto alcun miglioramento nella gestione del "Goretti", che rimane afflitto dai soliti problemi;

tra le novità contenute nel patto della salute c'è anche la previsione di attivare un sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle *performance* delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti;

se intenda attivare tutte le azioni di propria competenza, al fine di verificare la reale situazione strutturale dell'edificio adibito a casa della salute di Sezze e verificare se nella procedura di scelta siano stati valutati e rispettati tutti i requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente;

se intenda attivare tutte le azioni di competenza al fine di verificare le reali motivazioni del perdurare delle disfunzioni dell'ospedale "Santa Maria Goretti" di Latina" ed individuare le eventuali responsabilità.

(4-04349)

(23 luglio 2015)

RISPOSTA. - Per quanto attiene alla “Casa della Salute” di Sezze, il cedimento, avvenuto il 1° luglio 2015, di una porzione di pavimento corrispondente alle lesioni murarie rilevate il giorno precedente e tempestivamente sottoposte a verifica, a cura del Comando provinciale dei Vigili del Fuoco di Latina, che ha disposto l’interdizione dell’intera area interessata, ha evidenziato l’esistenza di una camera sotterranea, non rilevata da alcuna documentazione tecnica storica dell’immobile, che in quel punto indicava invece la presenza di un terrapieno.

In conseguenza di quanto verificatosi, la Direzione generale della ASL di Latina ha attivato tutte le procedure per la messa in sicurezza della porzione dell’immobile oggetto del crollo, compreso il riempimento con calcestruzzo della camera sotterranea, ed ha avviato la verifica tecnica dello stato delle fondazioni dell’immobile, che ospitava il vecchio Ospedale “S. Carlo da Sezze”, risalente al XVI secolo, tuttora in corso.

Tutte le attività presenti all’interno della “Casa della Salute” di Sezze sono state riallocate nella porzione di edificio di più recente costruzione, attigua all’edificio storico, per la quale esiste regolare certificazione di agibilità, senza che questo abbia comportato alcuna interruzione delle attività stesse.

Ad oltre un anno dall’inaugurazione, la “Casa della Salute” di Sezze è una struttura completamente funzionante, avendo attivato l’assistenza primaria, l’area dell’accoglienza, e i moduli aggiuntivi.

I dati di attività rilevati nel primo semestre 2015, evidenziano che i servizi della “Casa della Salute” hanno erogato 9.093 prestazioni specialistiche, 7.891 prestazioni di fisiokinesiterapia, 7.030 prelievi, 673 prestazioni presso l’ambulatorio infermieristico, 114 ricoveri presso l’Unità di degenza infermieristica, e 5.237 accessi al punto di primo intervento. Inoltre, in tutto il distretto 3, sono stati reclutati circa 900 pazienti diabetici, cui sono state garantite le prestazioni previste dal relativo percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

Per quanto riguarda le problematiche relative all’Ospedale “S. Maria Goretti” di Latina, in particolare al sovraffollamento del pronto soccorso, l’ASL riferisce che la percentuale di utilizzo incongruo (codici bianchi), già minima, risulta essere in riduzione (1° trimestre 2015: 2,8 per cento, rispetto al 3 per cento nello stesso periodo del 2014) ed, al contempo, assicura che i pazienti che giungono al pronto soccorso del “S. Maria Goretti” con codice rosso vengono visitati immediatamente.

La maggior parte delle misure organizzative messe in atto nel primo semestre 2015 da tutte le unità operative dell’Ospedale “S. Maria Goretti”, secondo le indicazioni nazionali e regionali vigenti, sono state orientate, direttamente o indirettamente, a contrastare il fenomeno del sovraffol-

lamento del pronto soccorso, sia in termini di attesa di visita, sia in termini di attesa di ricovero.

A seguito dell'adozione di tali misure (gestione della rete dell'emergenza e rapporti/collegamenti tra le strutture; gestione dei percorsi/processi interni di ricovero urgente e programmato; gestione dei collegamenti funzionali ed organizzativi con i servizi territoriali di dimissione e di presa in carico) gli indicatori regionali di monitoraggio del pronto soccorso mostrano, già nel 2° trimestre e soprattutto nei primi mesi del 3° trimestre, un miglioramento rispetto al primo trimestre 2015; in particolare, risultano migliorati in modo significativo nei mesi di maggio 2015 gli indicatori 2 e 3, relativi ai pazienti in destinazione e attesa di ricovero, indice di miglioramento ricettivo/ organizzativo dell'ospedale.

Per quanto riguarda i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, tutte le unità operative dell'ospedale "S. Maria Goretti", erogatrici di prestazioni critiche, hanno proceduto, nel primo semestre del 2015, alla riorganizzazione delle agende delle attività ambulatoriali, secondo i criteri indicati dal piano regionale ed aziendale per il governo delle liste d'attesa (priorità di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni critiche).

I risultati di tale nuovo modello organizzativo potranno essere osservati e verificati in un orizzonte temporale medio-lungo.

Quanto alle prestazioni di mammografia, esse sono in gran parte gestite secondo attese controllate e appropriate, all'interno dei programmi di *screening* e dei percorsi di presa in carico diagnostico/terapeutica specifici per patologia, ed in particolare per le patologie neoplasiche, in virtù della attivazione della "Breast unit aziendale", che gestisce in modo coordinato tutte le attività di prevenzione, diagnosi, intervento (chirurgico), cura (chemio/ radio), riabilitazione, *follow-up*, delle patologie neoplasiche della mammella.

Per quanto riguarda il blocco degli interventi chirurgici in elezione, dovuto alla carenza di posti letto di rianimazione e al conseguente uso incongruo delle sale operatorie, le misure di *bed management* hanno progressivamente ridotto tale fenomeno, con la riattivazione progressiva del percorso chirurgico programmato, e l'esecuzione di un numero consistente di interventi chirurgici in seguito a ricovero di elezione.

Per quanto attiene alla gestione dell'ospedale "S. Maria Goretti", pur in presenza di una grave e, in alcuni casi, drammatica carenza di personale infermieristico e medico, e nonostante la riorganizzazione aziendale sia tuttora in via di completamento e sussistano i rigidi vincoli imposti dal piano di rientro per gli acquisti, la Direzione medica del presidio ospedaliero "Nord", sin dal suo insediamento, a metà febbraio del 2015, congiuntamente

a tutte le unità operative, ed in costante collegamento operativo con la stessa Direzione aziendale, si è concentrata sul consolidamento (laddove presenti) e/o sulla riorganizzazione istituzione (laddove carenti/ assenti), dei principali processi organizzativi, attraverso il protocollo della rete di emergenza “Hub S. Maria Goretti” (Presidio ospedaliero Nord, Centro e Sud, Casa di Cura “Città di Aprilia”, Istituto chirurgico ortopedico traumatologico “Marco Pasquali” - ICOT di Latina, P.O. Anzio - Nettuno, P.O. Velletri) ed i protocolli per le Reti Tempo - Dipendenti (*ictus*, trauma e neurotrauma, cardiocirurgia) “Hub S. Camillo”, e il rafforzamento della figura del *bed manager*, con la messa a punto e la disponibilità di strumenti di monitoraggio, e con la delega operativa alla gestione diretta di alcune attività di *routine*.

Il *bed management* ed i percorsi/processi interni di ricovero urgente e programmato hanno portato alla riattivazione di un reparto di degenza di 16 posti letto di area medica, assegnato alla Unità operativa di Neurologia, per i ricoveri urgenti, mentre sono stati ridefiniti i processi organizzativi per il ricovero programmato delle principali patologie chirurgiche.

Per quel che riguarda i ricoveri urgenti di tipo non chirurgico, sono stati messi a punto e sperimentati una serie di percorsi/protocolli interni (fibrillazione atriale; trombo embolia polmonare; anemia; sepsi; paziente oncologico).

Sono stati, inoltre, stabiliti collegamenti funzionali ed organizzativi con i servizi territoriali, attraverso la riproposizione e l’aggiornamento dei percorsi/ protocolli operativi di accesso a tali servizi, oltre che a quelli domiciliari e residenziali.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(16 novembre 2015)
