

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 22 al 28 settembre 2016)

INDICE

CARDINALI, GINETTI: sull'interramento di ceneri industriali nel territorio della valle del Nestore, in provincia di Perugia (4-05993) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	Pag. 5263	DE CRISTOFARO: sulla situazione dell'istituto nazionale tumori "Pascale" di Napoli (4-06104) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	5282
CATALFO ed altri: sulle ripetute presunte violazioni delle norme dello statuto dei lavoratori nell'aeroporto di Ciampino (Roma) (4-04424) (risp. CASSANO, <i>sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali</i>)	5265	GAETTI, TAVERNA: sulle indagini relative ad appalti e tangenti in ambito sanitario in Lombardia (4-05404) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	5287
sulle ripetute presunte violazioni delle norme sulla sicurezza dei lavoratori nell'aeroporto di Ciampino (Roma) (4-04614) (risp. CASSANO, <i>sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali</i>)	5267	GAETTI ed altri: sull'utilizzo del medico specialista ambulatoriale in un contesto ospedaliero ordinario (4-05344) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	5292
D'ADDA ed altri: su iniziative contro lo sfruttamento del lavoro agricolo irregolare, soprattutto in provincia di Latina (4-05803) (risp. CASSANO, <i>sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali</i>)	5269	GASPARRI: sulla pratica della "surrogazione di maternità" in Italia (4-05956) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	5295
D'AMBROSIO LETTIERI: sul servizio di farmacovigilanza in Puglia (4-05833) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	5273	PANIZZA ed altri: sull'obbligo di dotazione di dispositivi salvavita e di presenza di un operatore abilitato per le società sportive dilettantistiche (4-03529) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	5298
D'AMBROSIO LETTIERI ed altri: sulle misure di salvaguardia del comparto olivicolo italiano (4-04571) (risp. MARTINA, <i>ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali</i>)	5276	SIMEONI ed altri: sull'incidenza delle infezioni ospedaliere nei casi di malattia e morte in Italia (4-06171) (risp. LORENZIN, <i>ministro della salute</i>)	5301

CARDINALI, GINETTI. - *Ai Ministri della salute e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* - Premesso che:

nella valle del Nestore, vallata sita in Umbria che si estende per circa 60 chilometri di lunghezza intorno all'omonimo fiume, tra i comuni di Panicale e Piegaro (in provincia di Perugia) e, precisamente, nella piccola frazione di Pietrafitta, il materiale risultante dalla combustione di una centrale termoelettrica, come si evince da numerosi articoli di cronaca, sarebbe stato interrato in discariche, pubbliche e private;

da quanto risulta da numerosi articoli di giornale e dalle testimonianze dei cittadini del luogo, nelle discariche della zona sarebbero state introdotte anche ceneri provenienti dalle centrali Enel di Vado Ligure (Savona) e di La Spezia;

considerato che:

dalle dichiarazioni tenutesi presso la commissione bicamerale di inchiesta sul ciclo dei rifiuti, nella Valnestore vi sarebbero 4 milioni di metri cubi di ceneri sotterrate negli anni, situazione che avrebbe danneggiato anche molte falde acquifere della regione;

si è conclusa un'inchiesta relativa all'attività della centrale a carbone di Vado Ligure, a seguito della quale il procuratore di Savona e il pubblico ministero hanno contestato il reato di disastro ambientale doloso, aggravato dal verificarsi dell'evento;

è stata aperta un'inchiesta, attualmente coperta da segreto istruttorio, sullo stato del territorio umbro, dalla quale sembra trapelare la presenza nel terreno di arsenico pari a 19,8 microgrammi per litro, laddove il limite complessivo consentito ammonta a 10;

il Noe ha eseguito nei giorni 16 e 17 giugno 2016 su mandato della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Perugia, con il sequestro di terreni per 255 ettari, compresi tra i comuni di Panicale e Piegaro, costituente bacino minerario utilizzato per l'estrazione di lignite da parte di Enel, nonché di pozzi ubicati in località Tavernelle e all'interno della vecchia centrale per ipotesi di reato di disastro ambientale;

tali sequestri disposti in via cautelare hanno lo scopo di consentire ulteriori approfondimenti e analisi per l'accertamento di eventuali criticità di natura ambientale e sanitaria dopo i primi risultati forniti da ARPA Umbria;

rilevato, inoltre, che:

per tali motivi, il sindaco di Panicale ha emanato un'ordinanza che vieta l'uso potabile del pozzo degli impianti sportivi di Tavernelle, che insisterebbero su un deposito di ceneri da carbone provenienti dalla centrale di La Spezia;

il comitato cittadino "Soltanto la salute", voluto con forza e sottoscritto da numerosi cittadini, fortemente attivo e radicato nel territorio, si batte per portare all'attenzione delle autorità la preoccupante situazione;

il comitato verrà audito dal presidente della III Commissione del Consiglio regionale dell'Umbria;

considerato altresì che la salute è il bene pubblico da tutelare per eccellenza, così come l'ambiente. Entrambi potrebbero essere a rischio a causa dello stato d'inquinamento delle aree indicate, e risulta quindi necessario fare chiarezza sui fatti e risolvere con urgenza le eventuali criticità,

si chiede di sapere:

quali provvedimenti i Ministri in indirizzo ritengano necessario adottare, affinché le autorità preposte procedano con sollecitudine all'accertamento dello stato dei luoghi e dell'effettivo grado di contaminazione dei terreni;

quali provvedimenti intendano adottare per la salvaguardia della salute dei cittadini, e, al fine di una definitiva risoluzione del problema, anche per eventuali interventi di bonifica dei siti inquinati.

(4-05993)

(22 giugno 2016)

RISPOSTA. - Si risponde all'interrogazione sulla base dei dati acquisiti a cura della Prefettura-Ufficio territoriale del Governo di Perugia. Dai dati ricevuti, risulta che la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Perugia, nel maggio 2016, a seguito della denuncia sporta da un cittadino in relazione all'insorgenza di fenomeni tumorali ai danni di suoi familiari, nonché di altre persone residenti in zona (comuni di Panicale e Piegaro), costituitesi in comitato a difesa del territorio, ha delegato i Carabinieri per la

tutela dell'ambiente a svolgere specifiche verifiche ispettive e documentali, congiuntamente a personale tecnico dell'ARPA Umbria e della ASL di Perugia.

Dalle indagini tecniche sono emersi elementi riconducibili: a) all'avvenuto utilizzo di vari terreni agricoli per lo smaltimento di ceneri di combustione e di altre tipologie di rifiuti in corso di classificazione e quantificazione, non ricompresi tra quelli censiti e quindi mai assoggettati alle previste procedure di salvaguardia ambientale; b) al superamento della concentrazione della soglia di contaminazione (CSC) per i parametri di selenio, vanadio, boro, fluoruri, "cod", nichel e nitrati, riguardo alle ceneri rinvenute; arsenico, ferro, solfati e manganese, per le acque sotterranee prelevate da due pozzi ubicati a Panicale e Piegaro.

I terreni oggetto di accertamento, allo stato adibiti alla coltivazione di grano, orzo ed altro, utilizzati a scopo alimentare, ricadono sostanzialmente all'interno di due macroaree in gran parte ricomprese nel territorio di Piegaro, già di proprietà di Enel SpA ed attualmente riconducibili alla società "Valnestore Sviluppo Srl", nonché a privati residenti nell'area.

In data 15 giugno 2016, i Carabinieri davano esecuzione al decreto di sequestro preventivo d'urgenza emesso, sulla scorta delle risultanze degli accertamenti, dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Perugia con riferimento ai terreni individuati e ai due pozzi. L'autorità giudiziaria ha ipotizzato, al momento contro ignoti, oltre al reato di disastro ambientale colposo, anche quello di adulterazione di sostanze alimentari colposa, disponendo l'affidamento in custodia giudiziale dei beni in sequestro ai sindaci di Piegaro e Panicale.

L'Arpa Umbria e la ASL di Perugia stanno svolgendo le operazioni di carotaggio e salubrità delle colture, nonché delle matrici ambientali e alimentari che interessano la zona. In tale contesto, i Carabinieri stanno curando la vigilanza sulle modalità di raccolta e stoccaggio provvisorio delle colture medesime.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(22 settembre 2016)

CATALFO, PAGLINI, PUGLIA. - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che, per quanto risulta agli interroganti:

in data 14 luglio 2015, alle ore 22.30 circa, si verificava un infortunio del quale rimaneva vittima un dipendente della Carboil Srl, in forza presso il deposito carburanti dell'aeroporto di Ciampino (Roma), alla fine di un turno di lavoro che ha portato il lavoratore ad avere un carico operativo di 19 rifornimenti di aeromobili assegnatogli dall'azienda mentre turnava da solo;

considerato che, a giudizio degli interroganti:

lasciare il lavoratore in turno da solo e con un carico di lavoro maggiore rispetto agli *standard* contrattuali provoca una maggiore esposizione al rischio di infortuni, nonché una violazione delle più basilari regole di sicurezza negli ambienti di lavoro;

a seguito dell'infortunio, per mancanza di personale, è rimasta incustodita nel piazzale dell'aeroporto l'autobotte contenente combustibile aeronautico, il che rappresenta anche un pericolo per la sicurezza dei passeggeri e dei soggetti presenti nell'ambiente aeroportuale;

tale potenzialità critica è stata più volte segnalata dal rappresentante dei lavoratori per la sicurezza al responsabile del deposito e al responsabile del servizio prevenzione e protezione aziendale, senza però ricevere risposte in merito da parte di Carboil Srl;

considerato inoltre che:

a detta delle organizzazioni sindacali altri casi riguardano l'applicazione di due differenti contratti collettivi nazionali di lavoro, uno di pertinenza specifica per le mansioni svolte dai lavoratori (Aviofornitore) all'interno del sito produttivo (del comparto energia e petrolio) ed un altro imposto dall'azienda, più favorevole per la parte aziendale (Assoaeroporto), che tra l'altro non prevede la mansione esercitata in azienda, creando di fatto forte disparità reddituale tra gli stessi lavoratori;

inoltre l'utilizzo di impianti di videosorveglianza collegati in rete senza nemmeno dare le dovute comunicazioni ai lavoratori, ripresi integralmente durante le normali operazioni di lavoro, ed alle rispettive rappresentanze sindacali Aziendali avviene in violazione dell'art. 4 della legge n. 300 del 1970,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo, nei limiti delle proprie competenze, intenda adoperarsi, affinché vengano svolti adeguati controlli in merito alla sicurezza aeroportuale, con particolare attenzione all'area rifornimenti ed alle condizioni di lavoro dei dipendenti all'interno dello scalo di Ciampino.

(4-04424)

(4 agosto 2015)

CATALFO, PUGLIA, PAGLINI. - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che:

in data 20 settembre 2015 si è verificato un infortunio ad un dipendente, D.A., della Carboil Srl, in forza presso il deposito carburanti aeroportuale dell'aeroporto di Ciampino;

il lavoratore, a seguito dell'infortunio, ha riportato una ferita lacero-contusa alla regione fronte parietale sinistra e si è visto costretto a ricorrere alle cure del locale presidio ospedaliero, con una prognosi di 7 giorni lavorativi;

considerato che:

non è il primo infortunio che, per tipologia e modalità, si verifica all'interno dell'aeroporto, coinvolgendo le stesse lavorazioni e la stessa impresa. La questione, infatti, era stata già sollevata in una precedente interrogazione (4-04424), in cui si chiedeva un intervento da parte del Ministro in indirizzo;

in data 17 settembre 2015, vi è stato un sopralluogo degli ispettori del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ma, secondo fonti sindacali, dovendo portare avanti approfonditi controlli in materia di gestione della sicurezza sul posto di lavoro nell'ambito dei servizi di protezione e prevenzione, gli stessi richiedevano preliminarmente i controlli della ASL competente per territorio,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo, nei limiti delle proprie competenze, possa adoperarsi, con celerità, affinché vengano svolti controlli da parte degli ispettori del lavoro della ASL competente per territorio, in merito alla sicurezza aeroportuale, con particolare attenzione all'area rifornimenti ed alle condizioni di lavoro dei dipendenti all'interno dello scalo di Ciampino, visti i reiterati infortuni e la particolare natura delle lavorazioni poste in essere.

(4-04614)

(2 ottobre 2015)

RISPOSTA.^(*) - In via preliminare, occorre precisare che la vigilanza sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro viene svolta dai servizi ispettivi delle ASL competenti per territorio, così come previsto dall'art. 13 del decreto legislativo n. 81 del 2008. Solo in alcune attività (essenzialmente nel settore dell'edilizia), la vigilanza può essere esercitata anche dai servizi ispettivi delle Direzioni territoriali del lavoro.

Relativamente al caso di specie, si rappresenta che il Servizio ispezione del lavoro della Direzione territoriale di Roma, a fronte di segnalazione da parte dell'organizzazione sindacale UGL trasporto aereo, ha immediatamente posto in essere gli accertamenti di competenza nei confronti della Carboil Srl con accesso ispettivo presso la sede operativa dell'aeroporto di Ciampino, all'esito dei quali sono state riscontrate violazioni in materia di lavoro, sanzionate con verbale unico conclusivo del 27 giugno 2016. In particolare, è stata riscontrata la violazione dell'art. 4 della legge n. 300 del 1970 per l'installazione di un impianto di videosorveglianza in assenza della preventiva autorizzazione, di cui è stata informata la competente autorità giudiziaria. Inoltre, sono state riscontrate violazioni in materia di orario di lavoro per superamento del limite massimo delle ore di straordinario, con l'applicazione delle relative sanzioni amministrative.

^(*) Testo, sempre identico, inviato dal Governo in risposta alle due interrogazioni sopra riportate.

Da ultimo, nel rappresentare la massima e costante attenzione del Governo al tema della sicurezza sul lavoro e alla situazione segnalata, si sottolinea l'importanza dell'Ispettorato nazionale del lavoro che consentirà, attraverso il coordinamento delle risorse ispettive del Ministero, dell'Inail e dell'Inps, di aumentare il numero e l'efficacia dei controlli.

Il Sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali

CASSANO

(22 settembre 2016)

D'ADDA, ESPOSITO Stefano, GIACOBBE, SPILABOTTE, PEGORER, PUPPATO, GUERRA, PEZZOPANE, LAI, ANGIONI, PAGLIARI, GINETTI, DALLA ZUANNA, GOTOR, ORRU'. - *Ai Ministri del lavoro e delle politiche sociali e delle politiche agricole alimentari e forestali*. - Premesso che:

negli ultimi anni nell'agro pontino, territorio a tradizionale vocazione agricola, è notevolmente cresciuto il fenomeno dello sfruttamento dei lavoratori del settore, che ha raggiunto livelli allarmanti per il suo grado di diffusione, segnando per tali lavoratori un destino drammatico che li accomuna a migliaia di persone in diverse zone del Paese, legate da un autentico sfruttamento della persona;

a partire dal 2009, la Flai-Cgil, insieme alle associazioni operanti sul territorio quali "Libera", "Parsec" e "In Migrazione", ha, a più riprese, cercato di squarciare il velo di omertà che copre il fenomeno in un settore estremamente importante per l'economia della provincia di Latina e del resto d'Italia, denunciando il sottosalario, le forme di sfruttamento e il mercimonio dei permessi di soggiorno;

oggi sono gli stessi operai agricoli indiani sikh che hanno iniziato a prendere coscienza della situazione e ad agire a tutela dei loro diritti: sono iniziati i primi presidi fuori dalle aziende, le prime pacifiche manifestazioni per ottenere retribuzioni corrette, decenti condizioni di lavoro e il riconoscimento del numero reale di giornate lavorate, che permetterebbe di far fronte alla diffusa pratica dell'evasione contributiva;

si evidenzia che, in questi ultimi anni, grazie alle pressioni sulle imprese, sono effettivamente aumentate le giornate di lavoro dichiarate presso l'INPS, a dimostrazione del fatto che, con ogni probabilità, tali imprese hanno denunciato giornate che prima venivano invece corrisposte "in nero" ai lavoratori;

considerato che:

il problema dello sfruttamento dei lavoratori nel settore agricolo è esteso a tutta la penisola italiana, e l'esiguità dei controlli da parte degli organi ispettivi e le difficoltà nel reperire denunce da parte dei lavoratori, fortemente ricattati dai caporali e spesso dagli stessi imprenditori, non ha purtroppo consentito finora di smantellare un "sistema" che a volte sembra rappresentare una vera e propria forma di organizzazione illegale radicata sul territorio;

la diffusione del caporalato è un fenomeno tragico che riguarda migliaia di persone in diverse zone del Paese, tutte legate ad un modello neoschiavistico di sfruttamento totale della vita umana, spesso correlato alla presenza "mafiosa", come accade in zone di Puglia, Campania, Calabria, Sicilia e Basilicata;

nel quarto rapporto sui crimini nel settore agroalimentare a cura di Coldiretti, Eurispes e Osservatorio sulla criminalità in agricoltura, è stimato che il *business* delle agromafie superi i 16 miliardi di euro nel 2015;

il 18 aprile 2016 i braccianti dell'agricoltura appartenenti alla comunità indiana (circa 2.000 braccianti sikh) sono scesi piazza a Latina, affiancati dalla Flai-Cgil e da In Migrazione e dal Forum immigrazione, per chiedere il rispetto dei contratti e delle tabelle salariali,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti e quali iniziative intendano adottare al fine di garantire la legalità e il rispetto dei diritti dei lavoratori nelle aree agricole italiane interessate dal fenomeno, a partire dal sostegno alla rapida approvazione del disegno di legge in materia di contrasto al lavoro nero e allo sfruttamento del lavoro in agricoltura attualmente all'esame del Senato;

quali iniziative intendano assumere per intensificare i controlli, soprattutto nelle zone dove la denuncia dei lavoratori ha squarciato un velo che copriva sotto-salario, caporalato e sfruttamento, che sembra rappresentare un contesto "sistematico" diffuso.

(4-05803)

(17 maggio 2016)

RISPOSTA. - In riferimento all'atto parlamentare con il quale si richiama l'attenzione del Governo sui fenomeni dei caporalato e dello sfrut-

tamento dei lavoratori in agricoltura con specifico riferimento alla provincia di Latina, anche sulla base delle informazioni fornite dal Ministero dell'interno, si rappresenta quanto segue.

In via preliminare, occorre evidenziare che il Governo, insieme al Parlamento, è fortemente impegnato a contrastare questo deplorable fenomeno, anche attraverso il coinvolgimento delle istituzioni nazionali e territoriali, delle associazioni di categoria nonché delle organizzazioni sindacali e dei cittadini stessi.

Più in particolare, per quanto di competenza, si rappresenta che questo Ministero, nell'ambito del documento di programmazione dell'attività di vigilanza per l'anno 2015 adottato dalla commissione centrale di coordinamento (di cui all'art. 3 del decreto legislativo n. 124 del 2004), ha pianificato e realizzato, in specifici ambiti regionali, diversi interventi di vigilanza nel settore agricolo. Tale attività, svolta in sinergia con altri soggetti istituzionali, quali l'Arma dei Carabinieri, le ASL, il Corpo forestale dello Stato e la Guardia di finanza, ha consentito di esaminare i rapporti di lavoro sotto diversi profili, anche di rilevanza penale (ad esempio il traffico di esseri umani).

Nel contesto di tali sinergie interistituzionali promosse dal Ministero si iscrive il protocollo d'intesa stipulato con l'Automobile Club d'Italia (ACI) al fine di consentire agli ispettori del lavoro di risalire ai cosiddetti caporali attraverso il numero di targa dei mezzi utilizzati per il trasporto dei lavoratori.

I dati dell'attività ispettiva svolta nel 2015 nel settore agricolo mostrano risultati molto positivi sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Sono state effettuate, infatti, 8.662 ispezioni, con un incremento del 59,4 per cento rispetto al 2014 pari a 5.434 ispezioni in più, che hanno consentito di individuare 6.153 lavoratori irregolari, di cui 3.629 in nero e 180 stranieri privi di permesso di soggiorno. Sono stati accertati, inoltre, 713 casi di interposizione di manodopera e caporalato e 86 violazioni della normativa sull'orario di lavoro; sono stati riqualificati 82 rapporti di lavoro e individuati 35 minori impiegati irregolarmente. Si evidenzia inoltre che sono stati adottati 459 provvedimenti di sospensione dell'attività imprenditoriale.

Per quanto concerne gli accertamenti condotti dagli ispettori del lavoro in provincia di Latina nel 2015, si rappresenta che sono stati effettuati 84 accessi ispettivi che hanno consentito di individuare 128 lavoratori irregolari, di cui 102 in nero, e 22 casi di interposizione di manodopera o caporalato. Le verifiche condotte hanno mostrato un tasso di irregolarità del 68,5 per cento.

Per quanto concerne, invece, l'attività investigativa svolta dalla Questura di Latina, il Ministero dell'interno ha reso noto che è emersa la dif-

fusione del cosiddetto "caporalato etnico", nei confronti del quale sono in corso da tempo specifiche attività d'accertamento. Tale fenomeno, che si affianca alle forme tradizionali di sfruttamento dei lavoratori, si sostanzia nell'attività di reclutamento dei braccianti stranieri ad opera di loro connazionali che fanno poi da tramite con gli imprenditori agricoli. Il Ministero ha, inoltre, reso noto che l'Arma dei Carabinieri ha condotto accertamenti nei confronti di 76 imprese agricole che hanno consentito di individuare 39 lavoratori in nero, 23 dei quali indiani, ed hanno adottato sanzioni amministrative per circa 224.000 euro. Da ultimo, il Ministero ha reso noto che l'autorità giudiziaria ha delegato l'Arma dei Carabinieri allo svolgimento di indagini tuttora in corso e coperte da segreto istruttorio, atte a verificare possibili ipotesi di sfruttamento di lavoratori stranieri che operano nell'area.

Si rappresenta, inoltre, che anche il documento di programmazione dell'attività di vigilanza per l'anno 2016 dedica particolare attenzione al contrasto del lavoro sommerso, ai fenomeni di sfruttamento dei lavoratori e al caporalato. In particolare, sono stati pianificati interventi nel settore agricolo in specifici ambiti regionali, quali Puglia (nello specifico le province di Foggia, Taranto e Bari), Campania (in particolare la piana del Sele e l'agro nocerino-sarnese), Lazio (nello specifico l'agro pontino). A tale proposito, al fine di rafforzare l'efficacia dell'attività ispettiva, questo Ministero ha previsto la costituzione di apposite *task force* ispettive.

Il 27 maggio 2016 è stato sottoscritto dai Ministri del lavoro, dell'interno e delle politiche agricole, alimentari e forestali un protocollo di intesa contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura. L'intesa, sottoscritta anche dall'Ispettorato nazionale del lavoro, da diverse Regioni, dalle organizzazioni sindacali, dalle associazioni di categoria e da alcuni rappresentanti del cosiddetto terzo settore, ha come finalità principale sostenere e rafforzare gli interventi di contrasto al caporalato e allo sfruttamento su tutto il territorio nazionale, a partire dai territori più interessati da tale fenomeno. Tra le azioni principali previste si annoverano: la stipula di convenzioni, per il servizio di trasporto gratuito dei lavoratori per il tragitto casa-lavoro, l'istituzione di presidi medico-sanitari mobili, il potenziamento delle attività di tutela ed informazione ai lavoratori.

Il 13 luglio, inoltre, è stato siglato un secondo protocollo, sulla scia di quello concluso il 27 maggio, per il lancio dell'attività di vigilanza "interforze" nel settore agricolo. Tale protocollo è stato sottoscritto oltre che dai Ministri del lavoro, della difesa e delle politiche agricole anche dall'Ispettorato nazionale del lavoro, dalle Regioni, dalle organizzazioni sindacali e datoriali del settore agricolo e dalle organizzazioni di volontariato. Il protocollo ha carattere strettamente operativo, in quanto mira ad assicurare, attraverso l'impiego dei militari dei Carabinieri e del personale del Corpo forestale, un contrasto ancora più efficace contro le violazioni della disciplina in materia di lavoro e legislazione sociale, grazie ad una forte e costante presenza sul territorio di tutti i soggetti competenti a svolgere azioni di vigilanza nel settore agricolo.

Il caporalato costituisce, purtroppo, un problema storico del nostro Paese sul quale si è intervenuti ripetutamente e, anche di recente, in termini legislativi. Evidentemente gli avvenimenti, anche tragici, che si apprendono dai *media* costringono a ritornare su questo argomento, imponendo una riflessione in ordine alle azioni, alle norme ed ai comportamenti più adeguati per far fronte a tale situazione. Il problema dunque, non va affrontato in maniera emergenziale bensì strutturale perché si ripropone ogni anno con le medesime modalità e nei medesimi territori. A tale proposito si ricorda che il Consiglio dei ministri ha approvato un disegno di legge contenente disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni di lavoro nero e dello sfruttamento del lavoro in agricoltura. Tale provvedimento legislativo, approvato dal Senato ed ora all'esame delle Commissioni Lavoro e Giustizia della Camera, mira a garantire una complessiva e maggiore efficacia dell'azione di contrasto, introducendo modifiche significative in diversi testi normativi al fine di prevenire e colpire, in modo organico e mirato, tale fenomeno criminale nelle sue diverse manifestazioni.

Il Sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali

CASSANO

(22 settembre 2016)

D'AMBROSIO LETTIERI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

la farmacovigilanza, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, comprende il complesso di tutte le attività pubbliche o di rilevanza pubblica finalizzate a valutare in maniera continuativa le informazioni relative al controllo e alla sicurezza dei farmaci in modo da assicurare, per tutti i medicinali in commercio, un rapporto tra beneficio e rischio favorevole alla salute dei cittadini;

il monitoraggio costante, dunque, consente di effettuare una corretta valutazione dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci e di segnalare le eventuali reazioni avverse o le interazioni fra farmaci osservati sul territorio in modo da evidenziare, rivalutandoli, eventuali medicinali pericolosi o dotati di un rapporto fra rischio e beneficio assolutamente sfavorevole per i pazienti;

la rete nazionale di farmacovigilanza, attiva dal 2001 e gestita dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), garantisce la raccolta e la gestione delle segnalazioni e la diffusione delle informazioni sulla sicurezza dei farmaci diramate attraverso un *network* che coinvolge anche le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le unità sanitarie locali, gli ospeda-

li, gli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, le aziende farmaceutiche e tutti coloro che i professionisti e le strutture che operano nei settori della sanità o in collegamento con il Servizio sanitario nazionale;

premessi, inoltre, che:

in data 4 febbraio 2015, la Regione Puglia ha indetto un avviso pubblico di selezione per il conferimento di 24 incarichi di collaborazione coordinata e continuativa per esperti di farmacovigilanza a supporto del Centro regionale di farmacovigilanza della durata di 2 anni;

nell'avviso di selezione, inoltre, è evidenziata la disponibilità della somma di 1.707.881,18 euro già impegnata a destinazione vincolata per la farmacovigilanza;

al termine di un complesso *iter* procedurale, approvate le graduatorie, ai vincitori della selezione, convocati per l'accettazione dell'incarico lo scorso 20 gennaio 2016, veniva inspiegabilmente e immotivatamente comunicato il rinvio a data da destinarsi della firma del contratto;

all'interrogante risulta che, ad oggi, i vincitori, tutti professionisti cui è stato evidentemente cagionato pregiudizio oltre al danno morale ed economico, attendono ancora di essere convocati per la formalizzazione degli esiti della selezione e poter, quindi, espletare l'incarico professionale;

considerato che:

il servizio di farmacovigilanza in Puglia, attivo dal 2000 al 2014, si trova, oggi, anche per carenza di personale, nell'impossibilità di offrire un servizio pubblico completo, efficace ed esaurientemente adeguato con inevitabili gravi disagi e rischi per la salute dei cittadini pugliesi;

il decreto del Ministero della salute 30 aprile 2015, recante "Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012 n. 228" recepisce le direttive europee che hanno innovato il complesso di norme che regolano le modalità di monitoraggio della sicurezza dei farmaci, amplia le competenze delle autorità regolatorie e impone nuovi obblighi alle aziende farmaceutiche;

l'articolo 14 stabilisce che le Regioni, avvalendosi anche di appositi centri regionali di farmacovigilanza adeguatamente organizzati e strutturati, provvedono, nell'ambito delle proprie competenze, alla diffusione delle informazioni al personale sanitario e alla formazione degli operatori nel campo della farmacovigilanza sviluppando azioni mirate al monitoraggio della sicurezza dei medicinali. Le Regioni collaborano inoltre a fornire i dati

sui consumi di medicinali mediante programmi di monitoraggio sulle prescrizioni dei medicinali a livello regionale;

considerato, inoltre, che la Regione Puglia dovrebbe dare seguito alle assunzioni dei vincitori del concorso sia per dotare dell'organico previsto il servizio di farmacovigilanza, come espressamente indicato nel bando, sia per garantire i diritti e il merito di coloro i quali, partecipando alla selezione con profusione di energie e di risorse economiche, sono risultati vincitori,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto riportato;

se risultino i motivi o le problematiche per le quali la Regione Puglia non ha ancora dato seguito alle assunzioni dei vincitori esperti di farmacovigilanza del concorso;

se le somme stanziata e vincolate a copertura di tali assunzioni siano ancora disponibili, ovvero quali siano i motivi per i quali non sono più disponibili e a quali esigenze siano state destinate e per responsabilità di chi;

se risulti che il Centro regionale di farmacovigilanza della Regione Puglia sia adeguatamente organizzato e strutturato e stia rispettando le disposizioni di legge sulla sicurezza dei farmaci a garanzia e tutela della salute della cittadinanza pugliese;

se risulti che l'attività di farmacovigilanza in Puglia sia interrotta ovvero se risulti la prosecuzione dell'attività di farmacovigilanza e quali e quante siano le risorse umane ad essa destinate e con quali profili di professionalità;

se risultino casi di rischio per la salute dei cittadini in Puglia derivanti da eventuali mancati controlli sulle reazioni avverse dei farmaci;

se e quali provvedimenti intenda intraprendere, e in quali tempi, al fine di consentire che i professionisti esperti di farmacovigilanza vincitori del concorso e non ancora assunti dalla Regione possano sottoscrivere l'accettazione del contratto e ottenere il ristoro dei danni patiti.

(4-05833)

(18 maggio 2016)

RISPOSTA. - Ai fini della risposta all'interrogazione parlamentare in esame, la Prefettura-Ufficio territoriale del Governo della Regione Puglia ha acquisito i seguenti dati dal Dipartimento promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti.

La Regione Puglia ha indetto un avviso pubblico per la selezione di farmacisti esperti in farmacovigilanza per supportare il centro regionale e per attivare i progetti multiregionali ai quali ha aderito, a seguito del recepimento dell'accordo sottoscritto con questo Ministero della salute, l'Aifa e le Regioni.

A seguito di tale adesione, l'Aifa ha stanziato la somma, introitata dalla Regione, di 1.789.414,98 euro. Trattandosi di somme iscritte nell'avanzo vincolato, non era possibile impegnarle prima dell'approvazione della deliberazione di Giunta n. 668 del 17 maggio 2016: "Concorso delle regioni a statuto ordinario alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per l'anno 2016. Articolo 1, commi 709 e seguenti, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Pareggio di bilancio. Primo provvedimento".

Al momento, è in fase di elaborazione la proposta di deliberazione di Giunta regionale, richiesta dal decreto legislativo n. 118 del 2011, per poter procedere all'utilizzo di tutte le risorse previste per l'assunzione degli esperti farmacisti, nominati con le determinazioni dirigenziali n. 570/2016 e n. 698/2016.

In previsione della stipula dei contratti, programmata per la fine di luglio, è in corso una ricognizione per la verifica delle incompatibilità e inconfiribilità dei farmacisti vincitori. Si procederà, quindi, alla loro immisione in servizio, in ordine di graduatoria, compatibilmente con le disponibilità di bilancio e dando priorità alla copertura delle posizioni presso il centro regionale di farmacovigilanza.

Per quanto concerne le attività del centro regionale di farmacovigilanza, in considerazione della revisione dell'assetto amministrativo regionale in corso, con possibile avvicendamento dei dirigenti responsabili delle strutture, si sta procedendo alle attività propedeutiche all'avvio del progetto e alla registrazione delle nuove utenze.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(23 settembre 2016)

D'AMBROSIO LETTIERI, BONFRISCO, DI MAGGIO, LIUZZI, MILO, PAGNONCELLI, PERRONE, TARQUINIO. - *Ai Ministri delle politiche agricole alimentari e forestali e degli affari esteri e della cooperazione internazionale.* - Premesso che:

l'olio d'oliva è il principale prodotto agricolo esportato dalla Tunisia verso l'Unione europea ed in seguito all'attentato terroristico del 26 giugno 2015 a Sousse, il Consiglio dell'Unione europea si era impegnato affinché la UE valutasse, d'accordo con gli Stati membri, la possibilità di adottare misure eccezionali a sostegno dell'economia tunisina;

in virtù dell'urgenza motivata dall'esigenza di alleviare, in tempi brevi, la situazione di difficoltà economica della Tunisia, il Parlamento europeo ed il Consiglio europeo il 17 settembre 2015 hanno adottato una proposta di regolamento "sull'introduzione di misure commerciali autonome di emergenza a favore della Repubblica tunisina" nel quale verrebbero agevolate per i prossimi 2 anni, dal 1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2017, le esportazioni tunisine di olio di oliva senza dazio per un totale di 70.000 tonnellate;

attualmente l'accordo euromediterraneo di associazione, firmato nel 1995 ed entrato in vigore nel 1998, tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri da una parte e la Repubblica tunisina dall'altra prevede le esportazioni senza dazio per 56.700 tonnellate di olio (legge n. 97 del 1998);

l'urgenza della proposta ridurrebbe il periodo di 8 settimane che intercorre fra la data in cui la proposta viene messa a disposizione dei Parlamenti nazionali e quella in cui viene iscritta all'ordine del giorno del Consiglio, ai fini della sua adozione definitiva (art. 4 del protocollo n. 1 sul ruolo dei parlamenti nazionali nella UE, allegato al trattato sull'Unione europea e al trattato sul funzionamento dell'Unione europea);

nonostante le misure citate dovrebbero essere limitate nel tempo, dato il grave danno causato all'economia tunisina dall'attentato terroristico, l'Unione ha avuto premura di riservarsi di vagliare l'opportunità di una proroga del periodo d'applicazione del Regolamento stesso;

premessi, inoltre, che:

l'Italia ha sempre avuto una posizione di rilievo nel mercato internazionale dell'olio di oliva per le caratteristiche qualitative del prodotto e per l'importanza quantitativa delle produzioni, ma l'attuale olivicoltura mondiale, che arriva ad una produzione di circa 3.000.000 di tonnellate all'anno, essendo ottenuta con nuove e moderne piantagioni, altamente produttive e competitive, con produzioni di qualità crescente, è oramai in grado di mettere in discussione il primato italiano e di competere sui mercati allo stesso livello delle qualità nazionali;

l'Italia, purtroppo, con le sue produzioni decrescenti non è più in grado di imporsi sul mercato internazionale: nel 2013-2014 la produzione italiana, secondo alcune stime, rappresenta solo il 13 per cento della produzione mondiale; quale ulteriore causa di decremento del comparto, caratterizzato da una produzione olearia fortemente sottodimensionata rispetto al fabbisogno nazionale e per l'*export*, contribuisce oggi anche la diffusione della *Xylella fastidiosa*;

per concorrere al contrasto della diffusione della malattia, la Commissione europea ha adottato, il 23 luglio 2014, una prima decisione di esecuzione 2014/497/UE, per fronteggiare l'emergenza, prevedendo maggiori restrizioni alle importazioni da Paesi extraeuropei, in cui è nota la presenza del batterio;

a seguito di tale decisione con il decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali del 12 settembre 2014 è stato istituito un comitato tecnico-scientifico con il compito di approfondire gli aspetti connessi alla gestione dell'emergenza fitosanitaria causata dalla *Xylella*, mentre con la deliberazione della Giunta della Regione Puglia n. 2023 del 29 ottobre 2013 sono state adottate le prime misure di emergenza per la prevenzione e l'eradicazione del batterio da quarantena *Xylella fastidiosa* nella provincia di Lecce;

il Consiglio dei ministri, nella riunione del 10 febbraio 2015, con delibera n. 112, ha dichiarato lo stato di emergenza correlato alla diffusione nel territorio pugliese del batterio e, con ordinanza n. 225 dell'11 febbraio 2015 del capo del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri, è stato nominato il comandante regionale del Corpo forestale dello Stato per la Puglia quale commissario delegato a fronteggiare l'emergenza della *Xylella fastidiosa*;

il 19 marzo 2015 il Dipartimento della protezione civile ha adottato il piano degli interventi per la lotta al batterio, per l'attuazione del quale sono stati stanziati 13,6 milioni di euro, che si basa su diverse misure volte ad impedire la diffusione del batterio e monitorare le aree indenni circostanti;

il 7 maggio 2015, il tribunale amministrativo regionale del Lazio ha accolto il ricorso presentato da alcuni vivaisti salentini, sospendendo l'operatività del piano per l'emergenza *Xylella* e fissando al 16 dicembre 2015 la trattazione del ricorso nel merito, motivando la decisione, con l'adozione da parte dell'Unione europea, il 28 aprile 2015, di un «nuovo testo di decisione di esecuzione sulla medesima questione», che nei fatti supera il piano del commissario;

in effetti, il 28 aprile 2015, il comitato permanente fitosanitario della Commissione europea ha approvato una nuova decisione di attuazione

sulle misure contro il contagio del batterio *Xylella fastidiosa* negli uliveti del Salento, che dovrà essere formalmente adottata dalla Commissione europea prima dell'entrata in vigore;

le citate misure non solo non hanno tenuto conto della secolarità delle piante e dagli enormi costi derivanti dalla loro rimozione, ma, ancor più importante, non sono state affatto efficaci e sufficienti a frenare la diffusione del batterio nell'area, anche in relazione allo stato di infezione delle altre specie arboree, come confermato anche dall'autorità europea per la sicurezza alimentare;

considerato che quanto appena descritto ha minato fortemente tutto il settore agricolo italiano e continua a gravare pesantemente sugli agricoltori che subiscono, sia il danno diretto, sia quello derivante dai costi per l'implementazione delle misure necessarie al contenimento, nonostante lo stanziamento da parte del Governo di 11 milioni di euro confluiti in un fondo di solidarietà nazionale istituito dal decreto-legge n. 51 del 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 91 del 2015;

preso atto che:

è stata più volte richiamata l'attenzione delle istituzioni europee sull'esigenza di sostenere gli olivicoltori italiani nell'affrontare i costi a loro carico, dovuti all'attuazione dei programmi di eradicazione, ma anche per promuovere la ricerca per lo sviluppo di soluzioni alternative all'eradicazione, volte alla prevenzione della diffusione dell'infezione, nonché al controllo dei focolai;

il fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale prevede un sostegno al ripristino del potenziale produttivo agricolo danneggiato da calamità naturali, ma, per beneficiare di questo sostegno, il provvedimento deve essere coperto dal progetto di sviluppo rurale regionale ed in ogni caso l'erogazione dei fondi non è stata ipotizzata prima del 1° gennaio 2017;

al contrario delle immediate misure intraprese con urgenza a favore della Repubblica tunisina, la Commissione europea sta ancora vagliando la possibilità di stanziare aiuti economici a favore degli olivicoltori italiani danneggiati;

considerato, inoltre, che a parere degli interroganti, la crisi del settore olivicolo italiano rischia di essere inevitabilmente aggravata dall'approvazione della proposta di regolamento descritta in premessa, che consentirebbe l'immissione sul mercato europeo di almeno 70.000 tonnellate di olio di oliva ad prezzo inferiore rispetto al mercato concorrenziale europeo,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza di quanto esposto e quali siano le valutazioni in merito;

quale sia stata la posizione assunta dal Governo nel negoziato che ha portato ad adottare la proposta di regolamento e quale posizione intenda assumere nel corso dell'*iter* legislativo di approvazione;

quali iniziative il Governo intenda adottare per evitare che l'importazione di olio tunisino nelle modalità descritte in premessa danneggi i produttori di olio di oliva italiani;

quali iniziative, nell'ambito delle rispettive competenze e nel rispetto dei principi del mercato comunitario, i Ministri intendano adottare per salvaguardare i comparti produttivi agroalimentari italiani coinvolti.

(4-04571)

(24 settembre 2015)

RISPOSTA. - In tema di accordi commerciali con l'estero, con specifico riferimento ai recenti casi riguardanti l'olio d'oliva con la Tunisia, il Ministro ha già rappresentato in più sedi ufficiali la necessità di tutelare i nostri prodotti. Infatti, a margine del Consiglio dei ministri dell'agricoltura dell'Unione europea del 15 febbraio 2016, ha chiesto alla Commissione europea di rivedere la decisione sull'aumento di 35.000 tonnellate dell'importazione in Europa di olio dalla Tunisia per il 2016 e altrettante per il 2017. A tale proposito il Ministero ha avviato la procedura di richiesta con una comunicazione formale al Ministero dello sviluppo economico che ha già contattato la Commissione.

Venendo al caso in questione, si evidenzia che l'Unione europea ha sottoscritto con la Tunisia un accordo euromediterraneo di associazione (entrato in vigore nel 1998) che ha posto le basi per una zona di libero scambio, con progressiva liberalizzazione dell'agricoltura. La Commissione europea ha quindi proposto, per le esportazioni tunisine di olio d'oliva nell'Unione, un contingente tariffario senza dazio, temporaneo e unilaterale, di 35.000 tonnellate all'anno. Detto quantitativo, fruibile per 2 anni (dal 1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2017), sarà disponibile una volta esaurito il contingente tariffario senza dazio di 56.700 tonnellate fissato nell'accordo. Al riguardo, si rileva che le 35.000 tonnellate di olio sono relative all'intera Unione. Il contingente tariffario relativo alle 56.700 tonnellate per il 2016 è stato esaurito e aggiudicato per il 50 per cento circa dall'Italia, invece, relativamente all'ulteriore contingente di 35.000 tonnellate, ad oggi, sono stati aggiudicati soltanto 9.354 tonnellate, di cui 3.000 circa dal nostro Paese.

Ciò posto, la decisione, presa per aiutare il Paese vicino in forte crisi dopo gli attacchi terroristici, è stata sottoposta al vaglio della plenaria dell'Europarlamento il 25 febbraio 2016. Si tratta di una misura che non convince il nostro Paese e si ritiene più opportuno lavorare maggiormente per accordi di cooperazione focalizzati sulla promozione di soluzioni innovative per sostenere le produzioni agricole e alimentari nei Paesi del Mediterraneo. Ci sono buoni esempi come il partenariato per la ricerca (progetto Prima) che indicano concretamente strade alternative a scelte come quelle intraprese con l'aumento dell'importazione di olio.

Si aggiunge poi che, anche in sede di comitati di gestione di settore, il Ministero delle aveva espresso parere contrario alla proposta di regolamento della Commissione finalizzata ad abolire i massimali mensili per i quantitativi di olio d'oliva, ai fini del rilascio dei titoli di importazione nell'ambito del volume complessivo del contingente che ha origine dalla Tunisia. In ogni caso, si reputa necessario che le politiche internazionali tengano in debito conto i fabbisogni e le esigenze del settore agricolo e non danneggino i prodotti agricoli europei.

Grazie all'azione della delegazione italiana, è stato altresì introdotto l'obbligo di un accurato monitoraggio, da compiersi a fine 2016, per valutare le eventuali ripercussioni negative sui mercati interni e procedere ad eventuali misure correttive.

Per quanto concerne il sistema dei controlli sulla tracciabilità e sulla corretta fornitura dell'indicazione degli alimenti, si fa presente che la normativa europea già prevede il rispetto di taluni requisiti, compresa la corretta indicazione dell'origine; peraltro, specifiche disposizioni nazionali che si basano su un'analisi del rischio, tenendo conto anche della provenienza del prodotto, contribuiscono ad affrontare eventuali criticità riscontrate sul mercato. Ciò posto, si evidenzia che l'Ispettorato centrale della tutela della qualità e repressione frodi dei prodotti agroalimentari, organo di controllo ufficiale di questo Ministero, è costantemente impegnato nella prevenzione e repressione degli illeciti nei vari settori del comparto agroalimentare, al fine di tutelare i consumatori e produttori nazionali.

Per contrastare in maniera più incisiva l'eventuale illecita importazione di prodotti agroalimentari sul territorio nazionale, l'Ispettorato ha intrapreso una collaborazione con l'Agenzia delle dogane al fine di monitorare i flussi di introduzione delle derrate alimentari provenienti dai Paesi extra UE. Controlli specifici sono eseguiti sull'introduzione nel territorio nazionale di prodotti ortofrutticoli freschi provenienti da talune zone del bacino del Mediterraneo le cui produzioni agricole sono simili, per tipologia di prodotto e stagionalità, a quelle nazionali e, in particolare, quelle siciliane.

Occorre poi tener presente che, a livello nazionale, gli operatori che movimentano gli oli, indipendentemente se di origine estera o naziona-

le, compresi i semplici commercianti di olio sfuso privi di stabilimento o deposito, sono obbligati alla tenuta dei registri di carico e scarico ai fini della commercializzazione degli oli stessi. In tal senso, in Italia è attivo il registro telematico degli oli che consente un puntuale monitoraggio dei flussi di prodotto movimentati dai singoli operatori. Tale registro, per una tempestiva fruizione dei dati ivi contenuti da parte degli organismi di controllo, è tenuto secondo modalità telematiche messe a disposizione sul portale del sistema informativo agricolo nazionale (SIAN), costituisce un sistema di tracciabilità omogeneo e puntuale della "filiera olio d'oliva" in quanto consente di controllare le singole movimentazioni di ogni stabilimento e conoscere i soggetti, nazionali o esteri, coinvolti nella movimentazione stessa.

Ad ulteriore tutela del nostro prodotto si rileva che, per l'olio d'oliva, gli investigatori del Corpo forestale dello Stato si avvalgono dell'innovativa tecnica del riconoscimento del DNA delle *cultivar* di olivo presenti nell'olio (analisi molecolare).

Si aggiunge, infine che, è stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il decreto legislativo n. 103 del 2016, recante "Disposizioni sanzionatorie per la violazione del regolamento (UE) n. 29/2012 relativo alle norme di commercializzazione dell'olio di oliva e del regolamento (CEE) n. 2568/91 relativo alle caratteristiche degli oli d'oliva e degli oli di sansa d'oliva, nonché ai metodi ad essi attinenti", noto come "decreto sanzioni olio", in vigore dal 1° luglio 2016. Esso rappresenta un ulteriore passo in avanti per la tutela dell'olio d'oliva italiano e per una sempre maggiore difesa dei consumatori e dei produttori. In particolare, tra le principali norme, figurano le sanzioni per il "country sounding", vale a dire la sanzionabilità, per la prima volta, dell'evo- cazione di un'origine geografica dell'olio diversa dall'origine dell'olio stesso, anche se correttamente etichettato; per il mancato rispetto del regolamento sugli imballaggi; per la mancata o difforme indicazione in etichetta dell'informazione sulla categoria di olio; per il mancato rispetto dell'obbligo di tenere i registri degli oli d'oliva e di sansa d'oliva.

Il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali

MARTINA

(26 settembre 2016)

DE CRISTOFARO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

l'Istituto nazionale tumori "Fondazione Pascale", con sede a Napoli, è un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a rilevanza nazionale, non trasformato in fondazione, dotato di personalità giuridica di

diritto pubblico e autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile, ai sensi del decreto legislativo n. 288 del 2003;

il Pascale è il maggiore IRCCS oncologico del Mezzogiorno ed è centro di riferimento per la rete oncologica nazionale e regionale;

con delibera del Consiglio dei ministri in data 23 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del presidente della Regione Campania quale commissario *ad acta* per la prosecuzione del piano di rientro dal *deficit* sanitario, secondo i programmi operativi previsti dall'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, tenuto conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

con deliberazione del Consiglio dei ministri dell'11 dicembre 2015, il dottor Joseph Polimeni è stato nominato commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro;

per la seconda volta l'IRCCS Pascale è in regime di commissariamento;

il 17 dicembre 2015 la Giunta regionale ha proceduto alla nomina del dottor Sergio Lodato come nuovo commissario dell'istituto tumori, già direttore sanitario aziendale durante la gestione del dottor Tonino Pedicini, del dottor Gerardo Botti quale subcommissario sanitario e del dottor Germano Perito subcommissario amministrativo;

il 25 maggio 2016, il subcommissario Gerardo Botti annunciava a "Quotidiano Sanità" le sue dimissioni dichiarando "se un medico come me, abituato a lavorare per il bene dei pazienti e per obiettivi, chiede al direttore generale dell'assessorato alla Salute dieci cose e tutte e dieci gli vengono negate, vuol dire che non ci sono margini di manovra per incidere e dunque, di fronte al rischio di disattendere il mandato, ho ritenuto di tornare a fare il medico";

nella stessa intervista, il dottor Botti denuncia le irrisolte carenze di personale che impediscono al Pascale di funzionare a pieno regime, dichiarando "basterebbero 30 o 40 infermieri in più, 20 tecnici di radiologia e 10 operatori sociosanitari per far volare l'attività clinica di questo istituto" e che "è vero che abbiamo assunto i primari, ma qui i generali ci sono mentre mancano invece i soldati, ossia infermieri, tecnici e Oss oltre agli anestesisti. Per questo la Terapia intensiva - che oggi ha solo 4 posti letto attivi e che grazie alla ristrutturazione in atto presto ne avrà 10 - con l'attuale dotazione di personale non potrà mai funzionare a pieno regime";

i tempi di attesa per i ricoveri superano 97 giorni per senologia, 70 per urologia, 60 giorni per mammografia, un anno per gli esami ecoambulatoriali;

il primario di radioterapia, dottor Paolo Muto, dichiarava a "il Mattino" del 25 maggio 2016 che "i tempi di attesa sono tali che non resta che dirottare i pazienti bisognosi di terapie radiante verso altre strutture".

sempre a "il Mattino" dello stesso giorno, il dottor Botti ribadiva che "il Pascale non può assumere personale, nonostante i conti in ordine, perché lo impediscono alcune norme in base a determinati parametri. E si va avanti con l'abnegazione del personale e con l'illegittimo utilizzo dei precari (borsisti, contrattisti, specializzandi) in delicate attività assistenziali";

il commissario straordinario in carica, dottor Lodato, il 10 giugno 2016 ha annunciato alla stampa ("la Repubblica", edizione di Napoli) l'assunzione di 55 unità di cui 25 infermieri, di cui una cospicua quota da destinare alle sale operatorie, 10 tecnici radiologi, 6 medici, 12 operatori socio sanitari, un farmacista e un dirigente tecnico analista;

considerato che:

il piano ospedaliero regionale recita "considerata la valenza regionale ed extraregionale delle A.O.U. e degli IRCCS, la dotazione organica viene definita dalla regione attraverso l'esito dei lavori di Commissioni paritetiche e a seguito di riconoscimento/conferma degli IRCCS, nell'ambito di specifici provvedimenti";

l'annuncio del commissario straordinario non è suffragato da alcun atto di programmazione aziendale, di cronoprogramma approvato dagli organismi regionali, di definizione dei criteri di razionalizzazione delle unità operative complesse, di verifica dell'efficacia degli investimenti e di ricognizione delle tecnologie acquistate e non ancora adoperate;

in assenza di atti amministrativi, risulta dunque difficile considerare attendibile l'annuncio del piano di potenziamento, dei criteri del fabbisogno per la selezione del personale e per l'azione di rilancio aziendale nonché valutare se esso risponde a criteri di efficienza ed efficacia,

si chiede di sapere:

quali azioni di vigilanza e controllo siano state attivate o si intenda porre in essere per verificare i risultati dell'azione amministrativa commissariale e garantire il funzionamento, nel pieno delle sue potenzialità, dell'istituto nazionale tumori "Fondazione Pascale";

quali azioni siano state poste in essere sulle criticità dell'istituto, e come si intenda ridurre i tempi di attesa per i ricoveri e la chirurgia di eccellenza, atteso che con l'estate si va incontro ad un'ulteriore fisiologica riduzione delle risorse umane;

se il Ministro in indirizzo intenda attuare iniziative per sollecitare il commissario Polimeni a smentire su un presunto depotenziamento dell'IRCCS e delle strutture complesse come la radiologia interventistica, la cardiologia oncologica, la medicina di laboratorio e l'endoscopia oncologica, per le quali recentemente sono state investite risorse nell'ordine di milioni di euro;

quali atti amministrativi (se esistono) siano stati adottati dal commissario straordinario per il potenziamento della struttura e sviluppo clinico-scientifico e quali siano i criteri a motivazione di tali provvedimenti;

se risponda al vero che i costosi macchinari per la radiodiagnostica, inutilizzati da 5 anni, sono ormai dichiarati obsoleti e di chi siano le responsabilità per lo spreco di denaro pubblico, in considerazione del fatto che nessun cittadino ha potuto beneficiare di detti macchinari.

(4-06104)

(13 luglio 2016)

RISPOSTA. - Si rappresenta che in data 23 dicembre 2015 si sono insediati presso l'IRCCS "Fondazione Pascale" di Napoli il commissario straordinario e i sub commissari sanitario e amministrativo, incaricati dalla Giunta regionale della Campania, con deliberazione n. 730 del 17 dicembre 2016.

Preliminarmente, preme precisare che il sub commissario sanitario, con le sue note del 5 maggio e del 16 maggio 2016, indirizzate al presidente della Giunta regionale e per conoscenza al commissario straordinario della fondazione Pascale, comunicava le proprie dimissioni dall'incarico adducendo motivi di carattere personale senza fare alcun cenno alle problematiche espresse, invece, nelle interviste rilasciate alla stampa. Al riguardo, si fa presente che l'amministrazione commissariale dell'istituto Pascale sta affrontando problematiche relative alle carenze di personale e alle conseguenze che queste producono sulla capacità operativa dell'istituto.

Il ruolo fondamentale del Pascale all'interno del Servizio sanitario regionale della Campania è stato riconosciuto dal commissario di Governo e dalla Regione che, aderendo alla proposta avanzata dall'amministrazione commissariale, hanno previsto, nel nuovo piano ospedaliero varato con de-

creto commissariale n. 33/2016, il potenziamento ulteriore dell'istituto, prevedendo di portare la dotazione di posti letto dagli attuali 230 a 290.

Il potenziamento e l'ampliamento previsto dalla programmazione sanitaria regionale ha reso ancora più evidente il ruolo strategico dell'istituto Pascale, rafforzando ulteriormente le ragioni sostenute dall'istituto per ottenere l'immediata autorizzazione ad avviare le procedure di arruolamento richieste. Subito dopo l'approvazione del piano ospedaliero, l'amministrazione commissariale del Pascale ha formalizzato un'ulteriore richiesta, successivamente accolta dalla Regione Campania, di autorizzazione all'assunzione di almeno un numero di unità di personale corrispondente al saldo tra cessati ed entrati degli ultimi 4 anni, corrispondente a 55 unità di personale.

L'iniziativa assunta dal commissario di tenere una conferenza stampa, per comunicare l'importante risultato raggiunto, è apparsa necessaria per informare correttamente l'opinione pubblica sullo stato reale dei fatti riguardanti l'istituto dopo le notizie apparse sui giornali locali.

Ottenuta l'autorizzazione regionale alle assunzioni, sono state avviate dal Pascale le procedure di assunzione previste dalla vigente normativa, privilegiando le modalità in grado di assicurare la maggiore celerità dell'*iter* amministrativo, a partire dall'utilizzo di graduatorie di mobilità valide, sia interne all'istituto che attive in altre aziende sanitarie, come indicato dalla Regione Campania.

Per quanto riguarda la definizione dell'assetto organizzativo dell'istituto, si ricorda che, come previsto dalla vigente normativa, esso viene delineato attraverso l'approvazione dell'atto aziendale, nel quale vengono definiti, in conformità con la programmazione sanitaria nazionale e regionale: la missione dell'azienda, i principi, le procedure operative, l'assetto organizzativo e l'organigramma.

Per quanto riguarda il Pascale, propedeutica alla definizione dell'atto aziendale risulta la sottoscrizione del protocollo di intesa tra Regione e istituto, previsto dal decreto legislativo n. 288 del 2003, dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e dal regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS. Il testo del protocollo è stato già concordato ed è all'esame della Giunta regionale per l'approvazione. Subito dopo, e comunque non oltre il 30 settembre 2016, le aziende sanitarie della Campania sono tenute ad approvare i propri atti aziendali.

L'Atto aziendale, che sarà approvato seguendo l'*iter* procedurale previsto dalle vigenti norme regionali, si dovrà uniformare alle indicazioni contenute nel decreto ministeriale n. 70 del 2015, nel decreto del commissario *ad acta* della Regione n. 33/2016 (piano ospedaliero della Campania), nel decreto commissariale n. 18/2013 (linee guida per la definizione degli atti aziendali) e nel protocollo d'intesa tra Regione e istituto.

Per quanto concerne l'ultimo quesito, si fa presente che negli ultimi 5 anni l'istituto ha rinnovato e potenziato il proprio parco tecnologico, dotandosi di moderne apparecchiature per la diagnostica per immagini, la medicina nucleare, la radioterapia, la diagnostica endoscopica, l'anatomia patologica e la diagnostica molecolare, la chirurgia robotica e mininvasiva, le attività di trapianto di cellule staminali. La dotazione tecnologica è, ad oggi, competitiva con i maggiori centri oncologici nazionali ed europei. Le risorse per l'ammodernamento tecnologico sono state reperite in parte nelle economie di bilancio e in parte ricorrendo a finanziamenti europei, ministeriali e derivanti dalle donazioni volontarie del 5 per mille. Peraltro, le carenze di personale che sono state illustrate precedentemente non consentono, allo stato, di utilizzare tutte le apparecchiature per 12 ore al giorno.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(22 settembre 2016)

GAETTI, TAVERNA. - *Ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze.* - Premesso che secondo quanto risulta agli interroganti:

il 13 ottobre 2015 Mario Mantovani, vicepresidente ed ex assessore per la salute della Regione Lombardia, è stato arrestato con le accuse di concussione, corruzione aggravata e turbata libertà degli incanti, nell'ambito di un'indagine della Procura di Milano dalla quale emergerebbe, tra le altre cose, che una gara d'appalto sul trasporto dei malati dializzati sarebbe stata truccata da Mantovani su richiesta di Massimo Garavaglia braccio destro del presidente Maroni e assessore regionale per l'economia;

il 16 febbraio 2016 viene notificata a Fabio Rizzi, medico anestesista, consigliere regionale della Lombardia ed esponente di spicco della Lega Nord, un'ordinanza di custodia cautelare. Anche Rizzi è un fedelissimo dell'attuale presidente Maroni; gli vengono affidati incarichi di prestigio all'interno del partito ed è eletto presidente della commissione permanente sulla sanità, che incide per circa il 75 per cento nel bilancio della Regione, ed egli firma la riforma della sanità regionale. L'indagine aperta dalla Procura di Monza ha portato alla luce un presunto giro di mazzette e meccanismi atti a turbare gli appalti pubblici nelle gare bandite dalle aziende ospedaliere per la gestione, in *outsourcing*, di servizi odontoiatrici da parte di privati che in cambio offrivano servizi scadenti lucrando sulla salute dei cittadini. L'indagine ha permesso di scoprire che numerose aziende ospedaliere di varie province lombarde hanno esternalizzato il servizio di odontoiatria ricorrendo a gare di appalto per centinaia di milioni di euro. Il privato (gli appalti venivano affidati grazie alla complicità di alcuni funzionari pubblici com-

piacenti quasi sempre alle stesse società riconducibili a Maria Paola Cane-grati e alla compagna di Rizzi) si inseriva all'interno della struttura ospeda- liera come un vero e proprio reparto, gestendo tutto, dall'allestimento dei lo- cali alle visite passando per la gestione del personale. Il sistema era in uno stato di avanzamento tale da aver prodotto un sostanziale monopolio del set- tore odontoiatrico in Lombardia, il tutto a danno della qualità del servizio offerto e degli utenti che venivano spinti, tramite la creazione di liste d'at- tesa fittizie, a servirsi dei servizi privati a pagamento;

come si apprende dalla lettura di un articolo di "il Fatto Quotidia- no" del 19 febbraio, il dirigente e supervisore dell'azienda ospedaliera di Desio e Vimercate, Stefano Garatti, anche lui arrestato in quanto, secondo i magistrati, facente parte della schiera di pubblici funzionari al soldo della Cane-grati, imprenditrice al centro del sistema di bandi e forniture pilotate, in un'intercettazione definisce le protesi utilizzate nella struttura, ed in partico- lare di una partita di corone, di scarsa qualità. Sembra che i materiali di la- boratorio utilizzati dalle cliniche dell'imprenditrice fossero di qualità infe- riore e "più scadente" di quelli previsti dai contratti, così da consentire a chi li fatturava alti margini sulla differenza dei costi e dei ricavi, con buona pa- ce del doveroso controllo della qualità dei prodotti per l'utente e della con- venienza della struttura pubblica;

considerato che:

il collegio sindacale è un organo indipendente che ha il compito di vigilare sull'attività degli amministratori nonché di controllare che la gestio- ne e l'amministrazione di una società si svolga nel rispetto della legge e dell'atto costitutivo e di esaminare bilanci, contratti e gare. In caso di danno alla società risponde in solido con gli amministratori qualora il danno si sa- rebbe potuto evitare attraverso l'azione di vigilanza prevista dalla legge. L'indagine, soprannominata operazione "Smile", che ha visto coinvolte 21 persone con accuse di vario titolo, è infatti partita dalla segnalazione di Gio- vanna Ceribelli, componente del collegio sindacale dell'azienda ospedaliera di Desio e Vimercate;

secondo l'articolo citato dopo la prima segnalazione fatta nel 2013 dalla Ceribelli, la stessa «ha però continuato ad acquisire informazioni tec- niche sulle gare e sui contratti dall'interno dell'azienda ospedaliera di cui era sindaco, con l'intenzione di portarle all'attenzione del collegio perché prov- vedesse a trasmettere una più documentata denuncia alle autorità giudizia- rie. Ma questo lavoro non sarà una passeggiata e incontrerà insospettabili "resistenze" proprio in seno all'organo di controllo. Ceribelli e il membro del collegio designato dal Consiglio dei Sindaci dell'ASL di Monza e Brian- za chiedono documenti su documenti, studiano tutte le carte e scrivono poi due verbali d'ispezione (il 16 maggio 2014 e il 10 novembre 2014) cui se- guiranno le contro-deduzioni del direttore amministrativo (Isabella Galuzzo, indagata con obbligo di dimora). Non trovandole sufficienti, approntano una relazione finale e la presentano al collegio perché la approvasse e sottoscri-

vesse con le firme di tutti i membri, dando a quella nuova denuncia la forza di un organismo che si esprime all'unanimità. Una voce sola. Ma alla Procura e alla Corte dei conti il 27 gennaio 2015 sarà trasmessa invece una lettera del presidente del collegio che si limita ad allegare le note dei due componenti come relazioni individuali, senza aggiungere una riga, a mo' di "passa-carte"»;

il collegio sindacale, costituitosi nell'ottobre 2012 con un costo di circa 117.000 euro all'anno, dell'azienda ospedaliera di Desio e Vimercate è composto da 5 membri; 2 di questi, il dottor Oreste Malatesta, presidente del collegio, e il dottor Nicola Palmieri, sono stati designati rispettivamente dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti;

a quanto ammonti il danno causato e se ci siano altri collegi che abbiano sollevato perplessità sulla natura degli appalti sottoscritti da altre strutture sanitarie con le società private riconducibili alla Canegrati;

chi siano, in relazione alle notizie di stampa citate e alla gravità dei fatti che ne sono conseguiti, i componenti del collegio sindacale che non hanno firmato la relazione finale presentata dalla Ceribelli, quali siano le "resistenze" riscontrate in seno all'organo di vigilanza e se siano state rilevate responsabilità oggettive, come il mancato controllo, da parte dei membri del collegio;

se abbiano provveduto alla sospensione o all'interdizione dagli elenchi dei revisori contabili di tutti i membri del collegio che, non avendo ottemperato al proprio dovere di vigilanza neppure di fronte alle criticità sollevate a più riprese dalla Ceribelli, abbiano comportato in questo modo un grave danno ai cittadini, nonché uno spreco di soldi pubblici;

quali iniziative intendano adottare per evitare che fatti come quelli descritti si ripetano in futuro;

se nei confronti di tutti i collegi sindacali delle strutture sanitarie coinvolte dallo scandalo, che non abbiano ravvisato nessuna infrazione, intendano provvedere alla sospensione o all'interdizione dagli elenchi dei revisori contabili dei membri del collegio.

(4-05404)

(3 marzo 2016)

RISPOSTA. - Si risponde sulla base degli elementi pervenuti dalla Prefettura di Milano.

A seguito dell'avvio dell'indagine "Smile" da parte della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Monza, la Regione Lombardia ha istituito una commissione di inchiesta sulla rispondenza degli atti e dei comportamenti delle aziende sanitarie pubbliche coinvolte nel procedimento penale al principio di trasparenza, buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione. In particolare, l'indagine, tuttora in corso, è volta ad accertare se le procedure amministrative poste in essere dalle amministrazioni sanitarie coinvolte siano state espletate nel rispetto delle norme amministrative e contabili della pubblica amministrazione.

Per quanto concerne l'eventuale danno causato, la Procura della Corte dei conti ha aperto un fascicolo e sta svolgendo le necessarie verifiche per appurarne l'effettività e provvedere alla quantificazione.

Con riferimento alle notizie di stampa relative alla vicenda, la Prefettura fa presente che, con nota indirizzata sia alla Regione Lombardia che ad una testata giornalistica nazionale, il presidente del collegio sindacale dell'azienda ospedaliera di Vimercate ha fornito alcuni chiarimenti circa l'operato dell'organo di controllo. In particolare, il collegio avrebbe proceduto ad un'analisi dei profili critici della gestione dell'azienda ospedaliera suddividendo tra i vari componenti i settori sanitari e incaricando la dottoressa Cerebelli del settore odontoiatrico.

La decisione di trasmettere la relazione finale predisposta dalla dottoressa Cerebelli e dal ragioniere De Vito a conclusione dell'attività istruttoria alla Corte dei conti per gli accertamenti di competenza è stata frutto di una decisione collegiale unanime. La nota di trasmissione, firmata dal dottor Malatesta, è stata volutamente redatta in termini neutri sulla base di una scelta operata dal collegio di rimettere ogni valutazione in merito alla vicenda alle competenti autorità giudiziarie, attenendosi a quelli che sono i propri doveri d'ufficio. Lo stesso presidente ha infine precisato che non vi è stata alcuna "resistenza" da parte di membri del collegio nei confronti delle attività di verifica svolte dalla dottoressa Ceribelli, mentre in più occasioni vi sarebbe stato un sollecito a presentare le conclusioni sulle problematiche riscontrate nel servizio di odontoiatria.

Ad oggi la Regione Lombardia non ha adottato alcun provvedimento nei confronti dei componenti del collegio sindacale dell'azienda ospedaliera di Vimercate ovvero di altre strutture sanitarie regionali, in quanto non dispone di un potere ispettivo o disciplinare in tal senso.

Per quanto concerne gli aspetti di diretta competenza del Ministero, si segnalano le iniziative assunte dal dicastero per contrastare il fenomeno della corruzione in ambito sanitario. In particolare, con determinazione n.

12 del 28 ottobre 2015 dell'ANAC, è stato aggiornato il piano nazionale anticorruzione che rappresenta un vero e proprio manuale delle procedure anticorruzione ed è stato messo, pertanto, a disposizione delle singole realtà sanitarie per combattere e prevenire il fenomeno. Vi sono contenute, per la sanità, sia delle indicazioni specifiche a supporto del *management* delle aziende, quali contratti pubblici, incarichi e nomine, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, sia chiare indicazioni su ulteriori aree "a rischio specifico", alle quali rivolgere la massima attenzione anche per i risvolti direttamente collegati alla percezione della qualità dei servizi da parte dei cittadini, allo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità e per l'importanza che le azioni suggerite rivolgono in tema di lotta agli sprechi e di recupero della fiducia del cittadino.

Altra iniziativa degna di menzione è rappresentata dal protocollo d'intesa, siglato il 21 aprile 2016 tra ANAC e Ministero, con cui sono state stabilite forme di reciproca collaborazione al fine di condurre, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), attività di verifica e controllo in ordine alla predisposizione ed attuazione dei piani di prevenzione della corruzione contenuti nella sezione sanità dell'aggiornamento 2015 al piano nazionale anticorruzione.

Altra iniziativa rilevante in materia di lotta alla corruzione in sanità è rappresentata dall'ormai imminente adozione del decreto legislativo delegato volto a rivedere i criteri per il conferimento degli incarichi apicali degli enti del SSN. Il decreto istituisce presso il Ministero un elenco nazionale di quanti hanno i requisiti per la nomina a direttore generale delle aziende sanitarie italiane. L'elenco sarà stilato da una commissione istituita presso il Ministero e composta da 5 esperti che parteciperanno a titolo gratuito. Il direttore generale dovrà essere scelto all'interno di una rosa con al massimo 5 nominativi, individuata da una commissione regionale tra gli iscritti all'albo nazionale. Il suo operato è sottoposto a valutazione e, in caso di gravi motivi o di una gestione che presenta un disavanzo importante, entro 30 giorni dall'avvio del procedimento, la Regione provvede alla sostituzione.

Infine, tra le altre iniziative avviate merita di essere ricordata la disposizione, contenuta nella legge di stabilità per il 2016, con la quale sono state estese alle strutture sanitarie private accreditate con il SSN le misure straordinarie di gestione, sostegno e monitoraggio di imprese, nell'ambito della prevenzione della corruzione. In tali casi, ove sussistano le condizioni per disporre la gestione straordinaria e temporanea dell'impresa, alla nomina degli amministratori straordinari si provvederà con decreto del prefetto, di intesa con il Ministro. Inoltre, la nomina dovrà essere conferita a soggetti in possesso di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria. È in corso, a tal riguardo, un'attività di collaborazione con il Ministero dell'interno e l'ANAC per la stesura di apposite linee guida con le quali verranno fornite indicazioni operative in ordine all'applicazione della nuova disciplina, con particolare riferimento ai requisiti soggettivi delle persone cui attribuire l'incarico di commissario, al loro compenso ed, infine, al-

la concreta individuazione delle fattispecie criminose che possano arrecare danno al SSN.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(23 settembre 2016)

GAETTI, TAVERNA, PAGLINI, PUGLIA. - *Ai Ministri della salute e del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che:

il 25 novembre 2014, con l'entrata in vigore della legge n. 161 del 2014, recante "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis", vengono approvate alcune norme che consentono di superare la procedura di infrazione n. 2011/4185, riguardante alcuni aspetti inerenti ai contratti del personale dirigente e sanitario del SSN (Sistema sanitario nazionale);

l'art. 14 della legge ha introdotto nuove disposizioni in materia di lavoro e politiche sociali e, in particolar modo, si è intervenuti sul decreto legislativo n. 66 del 2003, abrogando 2 norme derogatorie della direttiva comunitaria, in tema di orari e riposi del personale sanitario: il comma 13 dell'art. 41 del decreto-legge n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008, e il comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo n. 66 del 2003, che stabiliva come "Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale";

l'art. 7 del decreto legislativo n. 66 stabilisce che per ogni turno di lavoro settimanale deve essere rispettato il riposo giornaliero, ossia ogni lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo nelle 24 ore, tra un turno e l'altro, e che il riposo settimanale deve essere fruito entro 14 giorni;

con le modifiche apportate dal decreto-legge n. 158 del 2012, è stato aggiunto il comma 1b-bis all'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, con il quale si stabilisce che la figura del medico specialista ambulatoriale concorre a garantire l'attività assistenziale nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio sanitario;

il 30 luglio 2015, a seguito dell'intesa espressa dalla Conferenza Stato-Regioni, è stato sottoscritto l'accordo collettivo nazionale (ACN), entrato poi in vigore il 17 dicembre 2015, che detta "la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali";

in base all'art. 19 dell'accordo, l'incarico al medico specialista ambulatoriale può essere conferito a tempo indeterminato per "una sola branca medica specialistica o area professionale" e può essere instaurato "con una o più aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione confinante", oppure, come disciplinato dall'art. 20, a tempo determinato, ma, in quest'ultimo caso, solo "per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, da specificare in sede di pubblicazione";

l'art. 22, comma 7, prevede espressamente la possibilità per lo specialista di operare "in sede ambulatoriale, in sede ospedaliera, presso AFT e UCCP, presso i consultori e gli istituti penitenziari" e l'art. 30 prescrive che può svolgere la sua attività "anche al di fuori della sede di lavoro indicata nella lettera di incarico" e, precisamente, anche "presso le strutture pubbliche del SSN" tra cui "ospedali" diversi da quelli di assegnazione;

considerato che secondo organi di stampa locale ("lacittadisalerno.gelocal" del 3 dicembre 2015), per sopperire alla carenza di personale in numerose strutture sanitarie italiane, nella fattispecie presso l'azienda sanitaria locale di Salerno e presso altre aziende sanitarie locali campane, i medici specialisti ambulatoriali, con rapporto convenzionale, disciplinato dall'accordo collettivo nazionale del 30 luglio 2015, verranno in realtà sistematicamente impiegati in attività ordinarie di reparto e in rianimazione e, in alcuni casi, verranno addirittura incaricati della direzione di strutture semplici;

considerato inoltre che, a parere degli interroganti:

con l'entrata in vigore della legge n. 161 del 2014 è facile presumere che, senza il ricorso agli specialisti ambulatoriali, molti reparti ospedalieri, soprattutto quelli che devono garantire una copertura continua nell'arco dell'intera giornata, si trovino in carenza di personale sanitario di ruolo e in particolare di medici; ciò comporterebbe, nell'ambito di una riorganizzazione sanitaria regionale, una drastica riduzione dei servizi offerti o, nella peggiore delle ipotesi, la chiusura di numerosi reparti ospedalieri;

appare non corretta l'interpretazione letterale che si è data all'art. 22, comma 7, dell'accordo collettivo nazionale, in quanto l'inserimento di uno "specialista ambulatoriale" in una "sede ospedaliera" dovrebbe essere subordinato all'oggetto della prestazione fornita e che quest'ultimo possa essere chiamato a svolgere la propria attività esclusivamente all'interno dell'ambulatorio ospedaliero e non in un altro reparto;

considerato infine che l'art. 36 del decreto legislativo n. 165 del 2001 impone che, per le esigenze connesse con il proprio fabbisogno ordinario, le pubbliche amministrazioni assumano esclusivamente tramite con-

tratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato, seguendo le procedure di reclutamento previste dall'articolo 35,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti e se ritengano che il ricorso a specialisti ambulatoriali per coprire posizioni vacanti, in un contesto di fabbisogno ordinario, nei reparti ospedalieri, sia compatibile con le disposizioni vigenti in materia che, a parere degli interroganti, limitano comunque l'attività di assistenza di uno specialista all'ambito dell'organizzazione distrettuale e, dunque, ai soli ambulatori locali;

se risulti che nel nostro Paese vi siano ulteriori situazioni analoghe a quella riscontrata presso l'azienda sanitaria locale di Salerno e presso alcune aziende sanitarie locali della Regione Campania;

se considerino legittimo procedere all'assegnazione di incarichi presso le strutture ospedaliere, facendo ricorso a personale esterno, senza prima attingere al personale dipendente, già inserito da tempo nelle graduatorie di mobilità, tuttora vigenti e, in caso contrario, quali iniziative intendano intraprendere al fine di superare le criticità evidenziate.

(4-05344)

(24 febbraio 2016)

RISPOSTA. - Si risponde sulla base dell'istruttoria avviata con la SISAC, struttura interregionale sanitari convenzionati.

La SISAC segnala che le clausole contrattuali, in particolare *ex* artt. 2, 22 e 30, non risultano controverse e non possono determinare alcuna interpretazione difforme, esse configurano un obbligo per lo specialista ambulatoriale secondo il quale, in tutte le sedi in cui può essere chiamato ad operare, egli è tenuto all'espletamento delle attività previste dal vigente accordo collettivo nazionale, nel rispetto delle proprie competenze professionali e fermo restando il rispetto dei doveri deontologici.

Gli accordi collettivi di settore regolamentano invero il rapporto tra il medico specialista ambulatoriale e l'azienda con la quale il rapporto convenzionale è instaurato. Pare inconfutabile sostenere che la regolamentazione contrattuale individui il contenuto della prestazione dello specialista, che necessariamente non potrà mai travalicare il limite imposto dalle disposizioni di legge.

La questione sottoposta dunque configura, a parere della SISAC, una duplice competenza che non è ascrivibile ai soli accordi collettivi nazionali e quindi di mera competenza della struttura, involgendo anche competenze extracontrattuali attinenti all'applicazione dei disposti normativi che regolamentano il rapporto di lavoro in ambito ospedaliero.

Per la parte istituzionalmente affidata alla SISAC, questa ribadisce che non si evince alcun contrasto tra le clausole negoziali citate (art. 2, comma 1, art. 22, commi 1, 5 e 7, e art. 30, comma 3): esse identificano da un lato le sedi in cui si erogano le prestazioni, dall'altro l'oggetto della prestazione stessa. Secondo tale *ratio*, la prestazione del medico specialista convenzionato può essere resa in tutti gli ambiti previsti dal vigente accordo collettivo nazionale, incluso quello ospedaliero; infatti, l'articolato contrattuale prevede l'esercizio dell'attività ambulatoriale nei vari contesti elencati (territorio, distretto, strutture accreditate ospedaliere ed extraospedaliere, eccetera).

Diversa fattispecie è quella riguardante l'oggetto delle prestazioni eseguibili in rapporto convenzionale dallo specialista. Essa atterrà, ai sensi della disciplina negoziale, alle attività prettamente ambulatoriali concorrendo all'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari. In tale contesto ambulatoriale lo specialista esegue attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenza e tutti gli atti di natura tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, nei vari ambiti in cui opera.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(23 settembre 2016)

GASPARRI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

il "Corriere della Sera", in data 3 giugno 2016, ha pubblicato un articolo dal titolo "Madre Surrogata? La troviamo Noi. Gli incontri (illegali) dell'Agenzia Usa", dal quale si può evincere che, anche in Italia, si incoraggia l'aberrante pratica dell'utero in affitto;

difatti, all'interno dell'articolo si cita un corso d'indottrinamento, svoltosi a Roma, tenuto dal signor Mario Caballero, direttore e fondatore della nota agenzia "Extraordinary conceptions", che tra i suoi clienti annovera, anche, l'ex presidente della Regione Puglia Nichi Vendola;

il signor Caballero, nel corso dell'incontro, avrebbe rassicurato circa l'assistenza legale di ben 3 avvocati, che seguono i clienti nel tentativo di eludere la legge italiana in materia;

egli avrebbe, altresì, illustrato le modalità di "acquisto" dei bambini, nonché specificato la convenienza nell'affidarsi alla sua agenzia, perché proporrebbe tariffe preferibili rispetto a quelle praticate dai concorrenti cinesi (circa 15.000 dollari in meno);

la presenza di tale iniziativa, nella capitale d'Italia, è stata giustificata come l'intenzione, da parte di Extraordinary conceptions, di espandere il *business* anche nel nostro Paese;

a giudizio dell'interrogante, la legge 20 maggio 2016, n. 76, recante "Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze", ha aumentato il *caos* normativo, già dilagante per quanto concerne il tema delle adozioni, agevolando, in parte, l'aberrante pratica dell'utero in affitto;

a giudizio dell'interrogante, inoltre, l'agenzia Extraordinary conceptions, pubblicizzando la surrogazione di maternità nel nostro Paese, compie un reato, ai sensi dell'articolo 12, comma 6, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, e, a tal proposito, la proposta di *referendum* avanzata per l'abrogazione della legge n. 76 del 2016 servirà allo scopo di fare chiarezza in merito ad una questione delicata e sensibile per troppo tempo non trattata,

si chiede di sapere quali orientamenti il Ministro in indirizzo intenda esprimere in riferimento a quanto esposto e, conseguentemente, quali iniziative voglia intraprendere, nell'ambito delle proprie competenze, per impedire che, violando la legge n. 40 del 2004, recante "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita", e sfruttando il *caos* normativo esistente in Italia, per quanto concerne le adozioni, si incoraggi la pratica dell'utero in affitto.

(4-05956)

(21 giugno 2016)

RISPOSTA. - I fatti riferiti nell'interrogazione emergono da un'inchiesta giornalistica, e sono relativi ad un fenomeno, la "surrogazione di maternità", che l'Italia vieta espressamente e sanziona duramente. Infatti, al comma 6 dell'art. 12 della legge n. 40 del 2004 è sancito che "Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro".

Anche la sentenza della Corte costituzionale n. 162 del 2014, che ha dichiarato incostituzionale il divieto di fecondazione eterologa, ha mantenuto fermo il divieto di tale procedura.

Il comitato nazionale di bioetica (CBN), sottolineando che la maternità surrogata è un contratto lesivo della dignità della donna e del figlio, sottoposto come un oggetto a un atto di cessione, si è espresso più volte contro la mercificazione del corpo umano (mozione sulla compravendita di organi a fini di trapianto, 18 giugno 2004; mozione sulla compravendita di ovociti, 13 luglio 2007; parere sul traffico illegale di organi umani tra viventi, 23 maggio 2013). In questi documenti il CNB ha ricordato e fatto proprio il disposto dell'art. 21 della Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina (1997): "Il corpo umano e le sue parti non debbono essere, in quanto tali, fonte di profitto"; disposto che, ribadito dall'art. 3 della carta europea dei diritti fondamentali (2000), costituisce uno dei principi etici dell'Unione europea.

La posizione di questo Ministero è di assoluta condanna di ogni forma di maternità surrogata, in quanto contratto inaccettabile di compravendita di esseri umani, ed in quanto è una procedura che non può che avvenire mediante forme contrattuali rigide e vessatorie, necessariamente di tipo commerciale.

Il Governo è impegnato ad assumere iniziative, a livello nazionale e internazionale, in tutte le sedi istituzionali sovranazionali, affinché la surrogazione di maternità, in ogni sua modalità e variante contrattuale, sia riconosciuta come nuova forma di schiavitù e di tratta di esseri umani, e sia quindi considerato un reato universalmente perseguibile.

A seguito dell'episodio specifico, il Ministro, come dichiarato attraverso i mezzi di stampa, ha prontamente incaricato i Carabinieri dei nuclei antisofisticazioni e sanità (NAS) di avviare un'indagine *ad hoc*, in considerazione delle disposizioni previste dalla legge n. 40 del 2004. È opportuno segnalare che, a seguito delle attività intraprese dai Carabinieri NAS, l'amministratore delegato dell'azienda "Extraordinary conceptions" ha disdetto tutti gli ulteriori appuntamenti in Italia ed è ripartito per gli Stati Uniti.

Sulla questione, il Ministero della giustizia ha segnalato che la condotta avente ad oggetto qualsiasi forma di pubblicazione o commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è già punita come reato dall'art. 12, comma 6, della legge n. 40 del 2004 e che tale reato è perseguibile d'ufficio. L'azione penale può essere esercitata a fronte di una condotta che integri la fattispecie incriminatrice, e si realizzi attraverso una concreta attività di pubblicizzazione.

Per quanto attiene alla paventata modifica della legge n. 40 del 2004 in relazione alla "*stepchild adoption*", il dicastero della giustizia non ha comunicato l'esistenza di disegni di legge a tale riguardo.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(23 settembre 2016)

PANIZZA, ZELLER, FRAVEZZI, LANIECE, ZIN. - *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro della salute.* - Premesso che:

il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", al comma 11, dell'articolo 7, stabilisce: "Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale il Ministro della salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita";

il successivo decreto del Ministro della salute 24 aprile 2013, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 169 del 20 luglio 2013, disciplina le linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita. Il testo raccoglie le indicazioni del gruppo di lavoro istituito dal Ministro *pro tempore* Balduzzi e del corrispondente gruppo di lavoro del Consiglio superiore di Sanità;

considerato che:

per quanto riguarda il Trentino-Alto Adige i presidenti di ben 14 federazioni sportive hanno posto all'attenzione degli interroganti le forti preoccupazioni del volontariato impegnato nell'ambito del movimento sportivo dilettantistico di base per le conseguenze e i possibili effetti derivanti dall'applicazione del citato "decreto Balduzzi", a far data dal gennaio 2016. Le stesse preoccupazioni sono state manifestate al presidente nazionale del CONI, che ha riferito che sarà lieto di collaborare per ogni utile approfondimento su tali problematiche, soprattutto al fine di evitare il prodursi di oneri eccessivamente gravosi a danno del sistema sportivo dilettantistico;

con riferimento all'applicazione del citato decreto, si deve innanzitutto tenere conto che, come è noto, i dirigenti dedicano il loro tempo alla vita delle associazioni grazie alla loro passione per lo *sport* e al puro spirito di volontariato, spesso sottraendo tempo alla propria famiglia e al proprio lavoro. Pertanto è facile immaginare come l'assunzione degli obblighi e delle conseguenti responsabilità derivanti dall'applicazione della suddetta normativa allarmino non poco gli stessi, che si vedrebbero costretti ad assumere un incarico che esula dalle loro capacità e dalla loro preparazione, sproporzionato rispetto al loro ruolo e che rischia di esporli a gravi responsabilità;

in virtù di ciò, da più parti è stata manifestata in maniera chiara la volontà di non proseguire nell'attività di volontariato qualora non dovesse essere rivista la normativa in esame. Tenuto conto che tale attività rappresenta l'elemento vitale per la promozione dello *sport* su tutto il territorio nazionale, è facile immaginare quali conseguenze negative si produrrebbero sull'attività sportiva dalle preannunciate defezioni;

in particolare allarma la previsione dell'obbligo alla presenza ininterrotta durante le attività di preparazione e di allenamento di un operatore formato *ad hoc* per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico (DAE). È purtroppo facile paventare l'impossibilità che una tale presenza sia sempre garantita. È facile invece prevedere che, per ragioni di varia natura, sia probabile, possibile se non addirittura certo che le associazioni non dispongano sempre durante gli allenamenti del personale abilitato all'utilizzo del DAE, considerato che quasi tutte le società sportive utilizzano nello stesso momento (l'attività sportiva può svolgersi solo nel tempo libero dal lavoro e dallo studio) più campi per poter allenare le loro squadre e che quindi, sia in termini di spesa (ogni defibrillatore costa più di 1.000 euro) che soprattutto di impegno di risorse umane, diventa indispensabile la riduzione dell'attività, con prevedibili conseguenze negative per quanto riguarda la promozione dello *sport* in particolare tra i giovani;

è unanimemente riconosciuto, specie per le zone periferiche o di montagna nelle quali l'attività sportiva è spesso l'unica attrattiva per i bambini ed i giovani, il valore dello *sport* sia in termini sociali che per quanto riguarda il benessere psicofisico;

tenuto conto che:

nelle gare dei campionati agonistici sono sempre presenti un arbitro ufficiale e 2 allenatori, figure tecniche queste alle quali deve essere imposto l'obbligo della formazione all'utilizzo del DAE. Nei corsi per allenatori è già prevista l'obbligatorietà del corso di primo soccorso BLS D, e ciò deve avvenire anche per tutti gli arbitri ufficiali;

l'Italia è la realtà più avanzata al mondo per quanto riguarda la prevenzione sanitaria nello *sport*, considerato che è obbligatoria per poter

svolgere attività sportiva agonistica, anche a livello dilettantistico, una visita medica annuale, con elettrocardiogramma sotto sforzo, per tutti gli sportivi,

si chiede di sapere:

se il Governo, alla luce di quanto sinteticamente esposto, non ritenga opportuno escludere dall'ambito di applicazione della norma le associazioni dilettantistiche, le cui ripercussioni sull'attività sportiva di base e il carico di responsabilità per i volontari che reggono le sorti delle associazioni stesse sarebbero negative e persino distruttive;

in subordine, se non ritenga di dover limitare l'obbligatorietà della presenza dell'operatore abilitato all'utilizzo del DAE esclusivamente per le competizioni ufficiali agonistiche autorizzate dalle FSN (federazioni sportive nazionali), DSA (discipline sportive associate) e dagli EPS (enti di promozione sportiva), non significando questo da parte degli interroganti né da parte delle associazioni un disimpegno rispetto alla doverosa sensibilizzazione, preparazione e formazione alla prevenzione sanitaria, che è un atto dovuto, ma per non far gravare solo sul volontariato sportivo dilettantistico ulteriori responsabilità che contribuirebbero a favorirne l'allontanamento, con le negative conseguenze sui movimenti sportivi che si possono immaginare.

(4-03529)

(25 febbraio 2015)

RISPOSTA. - Si rappresenta che l'articolo 7, comma 11, del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n.189 del 2012, e modificato dall'art. 42-*bis* del decreto-legge n. 69 del 2013, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 98 del 2013, ha previsto che, al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica, il Ministro della salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.

In attuazione della norma è stato adottato il decreto ministeriale 24 aprile 2013 recante "Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica ed amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita". In particolare, l'articolo 5, rubricato "Linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori ed altri dispositivi salvavita", prevede che le società sportive di-

lettantistiche e le società sportive professionistiche si devono dotare di defibrillatori, seguendo le modalità dell'allegato E del decreto, con una tempistica differente: le professionistiche entro 6 mesi dall'entrata in vigore dello stesso decreto; per le società dilettantistiche, com'è noto, con decreto del Ministro della salute in data 11 gennaio 2016, il termine è stato differito da 30 mesi a 36 mesi; con successivo decreto in data 19 luglio 2016 tale termine è stato differito al 30 novembre 2016.

L'ulteriore differimento è stato concesso per consentire sull'intero territorio nazionale il perfezionamento di tutte le attività di formazione degli operatori del settore sportivo dilettantistico, già avviate, ma non concluse.

Le linee guida di cui all'allegato E del decreto stabiliscono le modalità di gestione dei defibrillatori da parte delle società sportive professionistiche e dilettantistiche.

Quanto alla formazione del personale, degno di menzione è il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa della Conferenza unificata 18 marzo 2011 recante i criteri e le modalità di diffusione dei defibrillatori esterni, quali dispositivi medici da utilizzare sia in strutture sanitarie sia in qualunque altro tipo di strutture mobili, stabili o temporanee.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(23 settembre 2016)

SIMEONI, MUSSINI, DE PIETRO, BIGNAMI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

come di evince da plurime testate locali della provincia di Latina, in data 16 luglio 2016 la magistratura romana avrebbe aperto un'inchiesta relativamente alla morte di un uomo di 50 anni proveniente da Anzio, sopraggiunta mentre questi era ricoverato presso il nosocomio "Umberto I" di Roma;

l'uomo si era sottoposto mesi addietro ad un'operazione chirurgica effettuata presso l'Icot di Latina per un'ernia cervicale e, successivamente, avrebbe contratto un'infezione al midollo osseo *post* intervento, probabilmente a causa di una "placca" che gli era stata applicata in sede di intervento. L'infezione si sarebbe protratta per lungo tempo, tanto che, nonostante le cure riabilitative svolte presso l'istituto "Santa Lucia" di Roma e plurime terapie per debellarla, l'uomo si sarebbe debilitato al punto tale da necessitare

di un ulteriore ricovero, questa volta presso l'Umberto I di Roma, dove sarebbe in seguito deceduto;

considerato che:

gli ultimi dati disponibili sul fenomeno delle infezioni ospedaliere, relativi all'anno 2013, riflettono un quadro non esattamente roseo; invero, in tutta Europa sarebbero all'incirca 4 milioni i pazienti colpiti da infezioni ospedaliere correlate all'assistenza, e ben 37.000 i casi in cui le infezioni conducono alla morte. In Italia, viene stimato che le infezioni correlate all'assistenza si attestino intorno ai 600-700.000 casi all'anno, facendo registrare, in tal modo, una maggiore incidenza del fenomeno rispetto ad altri Paesi europei;

sulla base delle rilevazioni, pertanto, è ragionevole stimare che, per quanto attiene al nostro Paese, una percentuale di pazienti ricoverati che si aggira tra il 5 e l'8 per cento, contrarrebbe un'infezione ospedaliera; percentuali apparentemente irrisorie, che, tuttavia, rappresenterebbero un numero estremamente elevato di casi: si tratta infatti di 450-700.000 pazienti infetti ogni anno, la cui percentuale di decessi, invece, si attesterebbe all'1 per cento;

le principali cause, sulla base degli studi e delle rilevazioni effettuate, rappresentative di circa l'80 per cento, di tutte le infezioni si distribuirebbero essenzialmente in infezioni urinarie, del sito chirurgico, dell'apparato respiratorio e sistemiche; ma, poiché di tutte le infezioni ospedaliere insorte, il 30 per cento sarebbe ragionevolmente prevenibile, sarebbe altrettanto ragionevole stimare che, ogni anno, si potrebbero evitare, in media, 150.000 casi di infezioni che, a loro volta, si tramuterebbero in 1.500 decessi in meno;

tale risparmio non andrebbe inteso solo in costi di vite umane, bensì andrebbe considerato anche in termini di efficienza del sistema sanitario nazionale. Invero, il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza costituirebbe nel nostro Paese il sesto motivo perché sia intrapresa una richiesta di risarcimento, nonché la quarta circostanza in relazione alla consistenza dei rimborsi erogati. Inoltre, bisognerebbe tenere altresì conto dell'aumento dei giorni di degenza dei pazienti che hanno contratto un'infezione ospedaliera;

tutte queste considerazioni, qualora fossero individuate ed applicate le linee di intervento per la prevenzione e la protezione dei pazienti, così come se fossero puntualmente osservate le plurime circolari che negli anni sono state emanate dal Ministero della salute, potrebbero condurre ad una riduzione dei costi pari a un miliardo di euro per l'intero sistema sanitario nazionale, quasi l'1 per cento della spesa pubblica sanitaria, che potrebbe, in

tal modo, essere destinato per intervenire in settori del nostro sistema sanitario che presentino maggiori criticità,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto esposto;

se non intenda acquisire piena consapevolezza della gravità del fenomeno, nonché della sua effettiva dimensione, ed intraprendere tutte le opportune iniziative affinché si riduca, in prossimità dello zero, la casistica dei decessi, giacché appare inverosimile che, nel 2016, in Italia, si muoia ancora per infezione ospedaliera;

se non intenda ricorrere a tutti gli strumenti di competenza, al fine di assicurare la piena conformità di tutte le linee di intervento e delle circolari ministeriali, nonché colmare eventuali lacune nei testi in vigore;

se non intenda avvalersi degli opportuni strumenti per operare una concreta e fattiva osservanza di specifici programmi di prevenzione, in linea con i programmi internazionali già in vigore in diversi Paesi europei.

(4-06171)

(21 luglio 2016)

RISPOSTA. - Il problema delle infezioni associate all'assistenza (Health care associated infections, HCAI) e della loro frequenza è ben noto al Ministero, che ha rivolto a questa problematica una particolare attenzione, attuando progetti di studi di prevalenza sulle infezioni associate all'assistenza e sul fenomeno della diffusione di batteri resistenti agli antibiotici che rende problematica la terapia delle infezioni.

Gli studi di prevalenza evidenziano, in Italia, percentuali oscillanti tra il 5 e l'8 per cento, in linea con i dati europei.

In particolare, in uno studio condotto in Italia dal centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana, pubblicato nel 2012("Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani"), sono state revisionate 7.573 cartelle cliniche su un campione di 9.000 relative a dimissioni avvenute nel 2008. Lo studio ha evidenziato l'incidenza media complessiva di eventi avversi del 5,2 per cento, con un totale stimato di eventi prevenibili a livello nazionale pari al 56,7 per cento.

Il Ministero ha finanziato numerosi progetti di collaborazione, per la conduzione di indagini conoscitive sui sistemi di sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza, a livello nazionale, e per standardizzare le metodiche di sorveglianza in grado di fornire dati di qualità e comparabili, a livello nazionale ed europeo.

I risultati sono i seguenti: a) costituzione di una banca nazionale dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza regionali sulla HCAI; b) pubblicazione di un documento di compendio sulle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza (progetto "INF-OSS"); c) pubblicazione di linee guida sui principali microorganismi "sentinella" per la sorveglianza delle HCAI.

Inoltre, l'Italia partecipa, dal 2006, al progetto coordinato dall'Organizzazione mondiale della sanità "Cleancare is safer care". Tale progetto ha promosso, presso le strutture partecipanti, la distribuzione di materiale educativo-informativo sulle procedure di lavaggio delle mani, pubblicate dall'OMS, e l'implementazione di tali procedure da parte del personale sanitario, attraverso azioni di monitoraggio e *stewardship*, svolte da operatori appositamente formati, con risultati incoraggianti sull'implementazione dell'adesione a pratiche igieniche che riducono i punti critici all'origine di possibili infezioni correlate all'assistenza.

Inoltre, in data 24 aprile 2015, presso il Ministero è stato istituito un gruppo di lavoro, in cui sono stati coinvolti i principali attori istituzionali (Agenzia italiana del farmaco, Istituto superiore di sanità, Regioni, società scientifiche), con il compito di predisporre il piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza (PNCAR), che abbia una doppia valenza, strategica e operativa, coinvolga tutti i settori, proponga azioni sinergiche, sia coerente con l'approccio "global health" e "one health".

Nel PNCAR sono state identificate, quali aree prioritarie di interesse: sorveglianza; prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ambito ospedaliero e comunitario); uso appropriato degli antimicrobici (compreso "antimicrobial stewardship"); formazione degli operatori sanitari; informazione ed educazione del pubblico; ricerca e sviluppo (nuovi antimicrobici e *test* per diagnosi rapida).

Infatti, la problematica delle infezioni associate all'assistenza è strettamente correlata a quella dell'antibiotico resistenza. In Italia, secondo quanto rilevato anche dalla sorveglianza dell'antibiotico resistenza a cura dell'ISS, la resistenza agli antibiotici si mantiene tra le più elevate in Europa, quasi sempre al di sopra della media. In particolare, è stato rilevante l'aumento della resistenza ai carbapenemici in *K. Pneumoniae*, che è aumentata da meno dell'1 per cento delle *Kiebsielle* resistenti nel 2008 al 34 per cento nel 2013.

Trattandosi di un fenomeno molto diffuso, quello delle infezioni associate all'assistenza è controllabile, ma al momento non eliminabile, mediante l'adesione a buone pratiche di igiene in ambito ospedaliero e l'uso corretto della prescrizione dei farmaci.

Per ridurre al massimo la frequenza delle infezioni ospedaliere e le complicanze correlate, l'attenzione delle autorità sanitarie nazionali e regionali è volta ad implementare la cultura della prevenzione e le misure di sorveglianza sulla diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici. Per questo motivo, le azioni del Ministero si sono concentrate sulla produzione di documenti di indirizzo: dal 2011 è stata rafforzata la sorveglianza nazionale dell'antibiotico resistenza per le infezioni invasive. In data 26 febbraio 2013 è stata emanata la circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" che contiene indicazioni per la sorveglianza specifica degli enterobatteri produttori di carbapenemasi per il controllo delle infezioni dello stesso patogeno correlate all'assistenza.

Il piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (PNP), nel macro obiettivo "Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie", include i seguenti 4 obiettivi riguardanti il contrasto dell'antimicrobico resistenza e delle infezioni correlate all'assistenza, che le Regioni si sono impegnate a perseguire con piani o programmi specifici: 1) migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE); 2) monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale; 3) promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici; 4) definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Il piano di valutazione dei piani regionali di prevenzione (PRP), anch'esso approvato con intesa Stato-Regioni, prevede che i progressi delle Regioni relativamente al perseguimento di tali obiettivi, vengano misurati attraverso i seguenti indicatori specifici: 1) proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla citata circolare del 26 febbraio 2013, sul totale delle strutture ospedaliere; 2) proporzione di Regioni che producono un *report* annuale che documenti l'uso degli antibiotici, con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza; 3) proporzione di Regioni che realizzano il programma di comunicazione: tale programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto; 4) proporzione dei CIO (comitati per il controllo delle infezioni ospedaliere) che producono un *report* annuale sulle infezioni correlate all'assistenza.

Il processo di monitoraggio annuale e la valutazione finale dei piani regionali della prevenzione sono a carico del Ministero della salute.

Relativamente alla problematica della sorveglianza e segnalazione del fenomeno, si rileva che le malattie infettive, in Italia, sono sottoposte a

notifica obbligatoria secondo le modalità stabilite dal decreto ministeriale 15 dicembre 1990, recante "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive".

È importante rilevare che il sistema informativo nazionale per la rilevazione delle malattie infettive risente delle diverse realtà organizzative regionali. Tale sistema informativo prevede l'invio e, di conseguenza, l'acquisizione dei dati definitivi "a scorrimento", relativi ad un periodo di 6 mesi, il che si realizza solo qualora ogni realtà territoriale ottemperi all'invio nei modi e tempi previsti dagli obblighi di legge.

La segnalazione dei casi ai dipartimenti di sanità pubblica e al Ministero, finalizzata al monitoraggio del fenomeno, è oggetto del lavoro dei CIO proprio per valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione, in linea con quanto previsto dai programmi internazionali.

Il Ministro della salute

LORENZIN

(22 settembre 2016)
