

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 28 febbraio al 6 marzo 2019)

INDICE

DE POLI: sulla riqualificazione dell'Istituto oncologico veneto (4-00409) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	Pag. 453	sulla quantità degli estrogeni presenti nel latte vaccino (4-00835) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	478
ERRANI ed altri: sul mantenimento del punto nascita Oglio-Po di Cremona (4-00415) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	455	sulle necessità di pulizia dell'alveo del fiume Tanagro nel Vallo di Diano (4-00867) (risp. COSTA, <i>ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare</i> )	480
GALLONE, RIZZOTTI: sulla chiusura del punto nascita di Piario (Bergamo) (4-00246) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	459	MISIANI: sulla chiusura del punto nascita di Piario (Bergamo) (4-00237) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	461
GARAVINI ed altri: sulla cittadinanza degli italiani residenti nella Repubblica di San Marino (4-00989) (risp. MERLO, <i>sottosegretario di Stato per gli affari esteri e la cooperazione internazionale</i> )	467	PILLON ed altri: sull'autorizzazione alla distribuzione gratuita di un farmaco per il disturbo dell'identità di genere degli adolescenti (4-00110) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	482
GASPARRI, MALLEGGNI: sulla crisi dell'agenzia di stampa Askanews (4-01078) (risp. CRIMI, <i>sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri</i> )	469	RIZZOTTI ed altri: sulla prescrivibilità dei farmaci innovativi da parte dei medici di medicina generale, specie nei confronti dei pazienti diabetici (4-00286) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	485
IANNONE: sui fatti accaduti ad una giovane affidata ad una casa famiglia in provincia di Napoli (4-00623) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i> )	475	ROJC: sul taglio di alcuni quotidiani dal servizio emeroteca della biblioteca di Monfalcone (Gorizia) (4-00622) (risp. CRIMI, <i>sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri</i> )	489

TESTOR: sulla riapertura del punto nascita dell'ospedale di Cavalese (Trento) (4-00009) (risp. GRILLO, *ministro della salute*)

491

TOTARO: sul ristoro dei soggetti danneggiati da trasfusioni, somministrazione di emoderivati o vaccinazioni (4-01014) (risp. GRILLO, *ministro della salute*)

495

---

DE POLI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che, a quanto risulta all'interrogante:

l'accordo sottoscritto il 21 dicembre 2017 dal presidente della Regione Veneto e dal sindaco di Padova ha impegnato lo stesso Comune a cedere gratuitamente le aree di Padova est alla Regione e, allo stesso tempo, la Regione a riqualificare l'attuale ospedale di via Giustiniani;

l'accordo ha previsto anche il mantenimento della qualificazione di struttura pubblica dell'attuale sede dell'Istituto oncologico veneto e, al fine di evitare eventuali manovre speculative, l'impegno a non realizzare strutture con funzioni sanitarie sovrapposte;

il costo complessivo di questo progetto è stato stimato in 400 milioni di euro;

il Ministero della salute, nell'ambito del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, ha impegnato 76 milioni di euro, *ex art.* 20 della legge n. 67 del 1988;

la legge regionale n. 32 del 2016 ha previsto, per il triennio 2017-2019, uno stanziamento annuo di 50 milioni di euro;

il 23 luglio 2018 è stata approvata dal Consiglio comunale di Padova la delibera che dispone la cessione gratuita di una superficie complessiva di 52 ettari alla Regione Veneto;

dalla valutazione effettuata nel 2017 dall'Agenzia sanitaria nazionale (Agenas), per conto del Ministero della salute, è emerso che il Veneto ha uno dei migliori sistemi sanitari d'Italia e si confronta certamente alla pari con i risultati di salute rilevabili nei Paesi del nord Europa,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo possa attivarsi per promuovere la concessione di un ulteriore finanziamento di circa 100 milioni di euro, *ex art. 20* della legge n. 67 del 1988, a sostegno delle necessità economiche evidenziate per la realizzazione del progetto, finanziamento che premierebbe la Regione Veneto, estremamente virtuosa nella gestione delle proprie risorse e in grado di garantire ottimi servizi sanitari.

(4-00409)

(25 luglio 2018)

RISPOSTA. - In data 10 novembre 2016 è stato sottoscritto il settimo accordo integrativo che mette a disposizione della Regione Veneto 74.894.277,63 euro per la realizzazione di 18 interventi finalizzati alla riqualificazione della rete ospedaliera, al riequilibrio territoriale con la sostituzione di posti letto esistenti, alla conferma, mediante riorganizzazione, di ospedali esistenti e all'adeguamento normativo ai requisiti minimi. In particolare la Regione si impegna a completare la razionalizzazione e la riqualificazione della rete ospedaliera, attraverso l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Nel citato accordo di programma del 10 novembre 2016 non è stato previsto nessun intervento riferito al nuovo ospedale di Padova.

Con la sottoscrizione del settimo accordo integrativo la Regione Veneto ha utilizzato tutte le risorse assegnate dalle delibere CIPE.

Si ritiene comunque opportuno segnalare che il Governo ha approvato, con legge di bilancio per il 2019, un incremento delle risorse previste per i programmi di investimenti *ex art. 20* della legge n. 67 del 1988, incremento "destinato prioritariamente alle regioni che abbiano esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la propria disponibilità a valere sui citati 24 miliardi di euro" (art. 1, comma 555, della legge n. 145 del 2018).

Non si esclude pertanto che l'intervento oggetto dell'interrogazione possa essere inserito in un nuovo accordo di programma di investimenti *ex art. 20* della legge n. 67 del 1988, qualora la Regione Veneto ne manifesti l'esigenza.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(4 marzo 2019)

---

ERRANI, DE PETRIS, LAFORGIA, GRASSO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

sulla base di una prescrizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, in Italia vanno chiusi i punti nascita che non raggiungono i volumi di attività previsti dai parametri di sicurezza per la tutela delle puerpere e dei neonati;

la sicurezza delle cure per la gestante è garantita dal buon funzionamento della struttura che la ospita e dalla disponibilità dei servizi (rianimazione, laboratorio, neonatologia) qualificanti la prestazione sanitaria;

l'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e il decreto ministeriale 11 novembre 2015, all'articolo 1, disciplinano anche il percorso per eventuali deroghe alla norma, sulla base del protocollo metodologico, per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui e in condizioni orografiche difficili;

ognuno dei 6 ambiti dell'ATS (Agenzia di tutela della salute) Valpadana è dotato di un ospedale per acuti con punti nascita;

considerato che:

per il punto nascita dell'ospedale Oglio-Po (Cremona), pur non totalizzando la soglia minima dei 500 parti all'anno, la Regione Lombardia, nel 2016, ha proposto al Ministero della salute una richiesta di deroga, visto il progetto di sicurezza e di *standard* operativi e tecnologici proposti e garantiti dall'ASST (Azienda socio-sanitaria territoriale) di Cremona;

il punto nascita dell'ospedale Oglio-Po (Cremona) rappresenta un servizio irrinunciabile per i cittadini che vivono in una zona periferica rispetto ai capoluoghi e in zona di confine con altra regione;

dai numeri forniti dall'Anao Assomed, in uno studio pubblicato il 16 marzo 2018 da Adnkronos Salute, è previsto un calo dei medici specialisti. Più in dettaglio, entro il 2023 raggiungeranno i requisiti per andare in pensione 5.189 pediatri, si faranno contratti di formazione per 2.900 specialisti e dunque ne mancheranno all'appello circa 2.289. Altro dato allarmante riguarda la ginecologia: tra addii (3.674) e ingressi (2.160) il saldo negativo è pari a 1.514;

considerato che:

sono andati deserti in oltre un anno 6 diversi concorsi indetti dell'ASST Cremona per l'assunzione a tempo determinato o indeterminato di nuovi ginecologi;

in caso di chiusura del punto nascita dell'ospedale Oglio-Po l'ospedale lombardo più vicino è a circa 50 chilometri;

considerato inoltre che:

dal 2008 il tasso di natalità del nostro Paese è sempre più in calo: secondo quanto riferito dall'Istat, per il terzo anno consecutivo a partire dal 2015, i nati sono meno di mezzo milione (458.151, con un calo di 15.000 unità rispetto al 2016), di cui 68.000 stranieri (14,8 per cento del totale), anch'essi in diminuzione;

a causa di tali motivi, sono in previsione di chiusura diversi punti nascita in Lombardia e in diverse altre regioni, come da cronache recenti, dove rappresentano, per condizioni geografiche e sociali, presidi sanitari indispensabili e unici,

si chiede di sapere:

se, alla luce delle dinamiche demografiche rilevate oramai strutturali, il Ministro in indirizzo ritenga opportuno, sulla base di valutazioni scientifiche, riconsiderare, anche a livello normativo, le linee di indirizzo per l'assistenza materno-neonatale, prevedendo un intervento di riorganizzazione e di investimento sui punti nascita finalizzato ad aumentare il livello di sicurezza nei presidi territoriali, migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e assicurare l'unitarietà del sistema nazionale, comprese le aree svantaggiate e in difficoltà;

quali iniziative intenda adottare, come da richiesta della stessa Regione, al fine di garantire il presidio territoriale del punto nascita dell'ospedale Oglio-Po (Cremona), in modo da preservare un servizio necessario e strategico per l'area.

(4-00415)

(25 luglio 2018)

RISPOSTA. - Si ricorda che la riorganizzazione dei punti nascita scaturisce dall'accordo in Conferenza unificata sancito il 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, del-

la sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". L'accordo, che ha impegnato tutte le Regioni ad attuare 10 linee di azione per la ridefinizione del percorso nascita, è nato dalla generale consapevolezza di dover implementare alcune misure fondamentali per garantire livelli ottimali di qualità e sicurezza per la madre e il nascituro. Di particolare importanza è, in tal senso, la definizione del volume minimo di parti, che, secondo la letteratura e le esperienze in materia, costituisce *conditio sine qua non* per configurare le condizioni organizzative e di competenza necessarie per la sicurezza del percorso nascita.

Altrettanto determinante è la presenza di tutti i requisiti organizzativi, di sicurezza e tecnologici indicati dall'accordo del 16 dicembre 2010. Esso ha previsto la costituzione del Comitato percorso nascita nazionale, organo tecnico costituito, tra gli altri, da esperti in campo materno-neonatale, con funzione di supporto alle Regioni nel percorso di riorganizzazione della rete dei punti nascita.

La possibilità di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti all'anno, pur se non espressamente prevista dall'accordo, che indicava l'eventualità di deroghe solo per punti nascita con numerosità non al di sotto del volume minimo fissato a 500 parti all'anno, è stata accordata per venire incontro a specifiche esigenze legate a effettive, dimostrabili e insuperabili difficoltà orogeografiche di alcuni territori italiani: ciò, in funzione delle necessarie garanzie di sicurezza per le donne, i neonati e i professionisti e con l'obiettivo di un costante e virtuoso bilanciamento tra il rischio legato alla distanza tra comune di residenza della donna, comune sede del punto nascita oggetto di valutazione e punto nascita alternativo, e il diverso, ma non meno importante, rischio collegato alla ridotta capacità di affrontare condizioni complesse e situazioni di emergenza derivanti dai volumi di casistica molto bassi.

In tal senso, il decreto ministeriale 11 novembre 2015 (integrazione del decreto ministeriale 19 dicembre 2014 "Costituzione Comitato percorso nascita nazionale") ha disciplinato la possibilità di mantenere in attività punti nascita al di sotto dello *standard* dei 500 parti all'anno previo parere consultivo del Comitato. Allo scopo è stato predisposto il protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti all'anno e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1).

In merito alle motivazioni che sottendono il parere negativo espresso dal Comitato per il mantenimento in attività del punto nascita di Oglio Po, la valutazione delle condizioni di disagio orogeografico ha evidenziato in modo inequivocabile che le distanze e i tempi di percorrenza verso punti nascita alternativi (Cremona, 1.099 dimissioni per parto nel 2016; Asola, 530 dimissioni per parto nel 2016; Mantova, 1.511 dimissioni per parto nel 2016) non si incrementano in modo significativo. Oltre a ciò, il tasso di scelta ("tasso di fidelizzazione") del punto nascita di Oglio Po da

parte delle donne in gravidanza residenti in molti comuni appartenenti al suo bacino di utenza risulta comunque basso, in quanto vengono evidentemente scelti punti nascita alternativi.

Si sottolinea, inoltre, che la sospensione dell'attività di sala parto, laddove non ricorrano le necessarie garanzie di sicurezza materno-neonatale, non significa assolutamente la sospensione delle attività di controllo e *follow up* per la gravidanza e il puerperio. La bassa densità della popolazione e la distanza tra i diversi centri abitati dall'ospedale di Oglio Po potrebbero rappresentare lo stimolo per implementare procedure organizzative che vedano una forte e decisa partecipazione delle strutture territoriali (consultori), prevedendo la presa in carico delle gravide e delle puerpere da parte delle ostetriche attraverso programmi di *home visiting* per le donne, sia in fase *pre* che *post partum*.

Ciò detto in relazione al caso specifico, si segnala che sul tema dei punti nascita è in atto un'attenta riflessione sull'opportunità di operare una rimodulazione della rete, che tenga conto, prima di ogni altro aspetto, della sicurezza delle donne e dei bambini, oltre che della qualità dell'intero percorso nascita.

Non si può negare, infatti, che nei quasi 10 anni di vigenza del citato accordo siano mutate alcune importanti circostanze obiettive. Innanzitutto, il *trend* delle nascite, che si prevede stabile per i prossimi anni, è stato segnato da una significativa riduzione: dai circa 580.000 nati nel 2009 a circa 458.000 nel 2017, con un calo del 21 per cento. Questa forte denatalità, che investe tutto il Paese dal Nord al Sud, unitamente a un'oggettiva carenza di professionisti di ambito materno-neonatale, sta cambiando in modo importante lo scenario del nostro territorio, obbligando a una riflessione su alcuni elementi caratterizzanti l'accordo del 2010, ferma restando la necessità di mantenere invariato il paradigma organizzativo finalizzato alla sicurezza ed alla qualità dell'offerta per la donna e per il neonato.

Da altro punto di vista, sempre in questi stessi anni, è significativamente migliorata la capacità delle istituzioni (Regioni e Ministero) di raccogliere dati ed elementi di misura sui processi assistenziali e sui risultati clinici.

La coincidenza di questi due elementi (denatalità e ampia disponibilità di dati epidemiologici) potrà, dunque, consentire al Ministero della salute, con l'ausilio del Comitato percorso nascita nazionale e in condivisione con le Regioni, di ridisegnare l'architettura della rete dei punti di offerta, ospedalieri e territoriali, nell'ambito materno-infantile. Partendo dai dati dei flussi correnti, mediante analisi statistico-epidemiologiche, si potranno infatti definire, con accettabile predittività e precisione, gli elementi utili sia a individuare i principali aspetti strutturali e organizzativi dei punti nascita, che a identificare i livelli assistenziali necessari per disegnare una rete di of-



ferta ottimale per l'assistenza alle donne e ai neonati proiettata alla qualità e alla sicurezza.

Inoltre, tenendo conto che le fasi del *pre* e *post partum* sono momenti altrettanto delicati quanto la fase del parto, si procederà, a completamento della revisione dell'accordo, a definire gli elementi di supporto all'organizzazione della rete territoriale al fine di creare un forte collegamento circolare territorio-ospedale-territorio.

In conclusione, dunque, si confida che questo cambiamento di prospettiva, che potrà essere condiviso con le Regioni già in sede di rinnovo del patto per la salute, possa portare a soluzioni innovative, in grado di garantire un servizio di massima prossimità, pur in un regime di invariata attenzione alla sicurezza delle donne e del nascituro.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(1° marzo 2019)

---

GALLONE, RIZZOTTI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

il Comitato percorso nascita nazionale (CPNn) è stato costituito con decreto ministeriale 12 aprile 2011, come previsto dall'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, recante Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo; il Comitato è stato rinnovato con decreto ministeriale 19 dicembre 2014 e successivamente integrato con decreto ministeriale 11 novembre 2015;

esso supporta tutte le Regioni e Province autonome nell'attuare le migliori strategie di riorganizzazione dei punti nascita, verifica che esse siano coerenti con quanto definito nell'accordo ed assicura, nel contempo, un efficace coordinamento permanente tra le istituzioni centrali e periferiche in funzione della qualità e sicurezza del percorso nascita;

la particolare attenzione verso la tematica del percorso nascita è attestata anche dall'inserimento nella verifica dei LEA di uno specifico punto dedicato al percorso nascita, attraverso cui è possibile svolgere un'azione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle 10 linee di azione sottoscritte da Regioni e Province autonome nell'accordo;

questo fissa in almeno 1.000 nascite all'anno lo *standard* a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento e l'attivazione dei punti nascita e prevede la "razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle U.U.O.O. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie". La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore, e comunque non al di sotto di 500 parti all'anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate da rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM (servizi di trasporto assistito materno);

l'11 novembre 2015, infine, è stato redatto un protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 del decreto ministeriale 11 novembre 2015). La richiesta di deroga deve essere formalizzata dall'Assessorato per la salute, sentito il parere del Comitato percorso nascita regionale e deve contenere i seguenti elementi, necessari per la valutazione: *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza del punto nascita in deroga; descrizione della rete dei punti nascita; bacino d'utenza attuale e potenziale per il punto nascita in deroga; definizione del responsabile del punto nascita in deroga e formazione; da parte del Comitato verranno valutati: *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza del punto nascita in deroga; descrizione della prevista rete dei punti nascita, incluso STAM/STEN 3; bacino d'utenza attuale e potenziale per il punto nascita in deroga; definizione del responsabile del punto nascita in deroga e formazione; analisi dei costi;

giò ricordare che con nota del 9 dicembre 2016, l'assessore per il *welfare* della Regione Lombardia, Giulio Gallera, ha inviato al Ministro della salute una lettera di richiesta di revoca del diniego alla deroga per la chiusura dei punti nascita presentata dalla Regione Lombardia;

tale richiesta non è stata accolta, determinando la decisione dell'imminente chiusura del punto nascita di Piario (Bergamo), riferimento dell'alta valle Seriana e delle zone limitrofe;

il punto nascita di Piario non è solo un servizio da difendere, ma piuttosto il simbolo di una zona di montagna che non si rassegna allo spopolamento e che per tale motivo reclama il diritto di avere prestazioni e servizi di qualità;

si evidenzia che, nel 2017, si è raggiunto il *record* negativo di nascite dall'unità d'Italia (464.000 nuovi nati, contro il *record* positivo di 1.016.000 del 1964): una diminuzione che in zona di montagna è ancora più accentuata per la carenza di lavoro e servizi e, di conseguenza, di famiglie giovani;

occorre, inoltre, far presente che vicino a Bergamo, nel raggio di 7 chilometri, ci sono i tre punti nascita di Seriate, Alzano e Bergamo; a parere delle interroganti, appare insensata la decisione di chiudere il punto più periferico, che dista oltre 30 chilometri dagli altri e che offre livelli di cura adeguati, garantendo il supporto alla nascita e alla crescita dei neonati in un territorio molto ampio;

se si considerano le mamme dei territori dell'alta valle Seriana e della val di Scalve, dell'alto sebino, della media valle Seriana (fino a Gazzaniga) e della val Gandino, il bacino potenziale si aggira attorno ai 700 parti annui, ben al di sopra dei 500 previsti;

considerata l'importanza del punto nascita di Piario, occorre approfondire un costante impegno, a livello sia regionale che nazionale, affinché ci siano sempre i requisiti per il mantenimento del presidio, garantendo più servizi, migliori condizioni di sicurezza e maggiori risorse,

si chiede di sapere:

quali risposte il Ministro di indirizzo intenda fornire in relazione alla richiesta di deroga per il punto nascita di Piario (Bergamo);

se non ritenga di attuare interventi finalizzati alla riorganizzazione e al potenziamento strutturale del punto nascita di Piario, in ottemperanza del decreto ministeriale 11 novembre 2015 che prevede anche gli *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza delle strutture.

(4-00246)

(19 giugno 2018)

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

l'accordo tra Governo, Regioni ed enti locali del 16 dicembre 2010 relativo alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita", ha disposto la chiusura dei punti nascita con parti inferiori alle 500 unità all'anno;

al fine di dare completa attuazione a quanto previsto dall'accordo è stato istituito, con decreto ministeriale 12 aprile 2011 e successivamente rinnovato con decreto ministeriale 19 dicembre 2014 e con decreto ministeriale 11 novembre 2015, il Comitato percorso nascita nazionale con l'obiettivo di supportare tutte le Regioni e le Province autonome nell'attuare le migliori strategie di riorganizzazione dei punti nascita;

in particolare con il decreto ministeriale 11 novembre 2015 è stato introdotto un nuovo criterio, in base al quale lo *standard* per il mantenimento dei punti nascita non è più legato al numero dei parti per singolo plesso ospedaliero, ma è affidato alla formazione e all'elevata casistica delle *équipe* mediche ed infermieristiche che svolgono il servizio, ed è stato stabilito che siano le singole Regioni ad avanzare la richiesta al Ministero per il mantenimento dei punti nascita sotto i 500 parti, affidando poi al Comitato percorso nascita nazionale il compito di esprimere un motivato parere su tali richieste;

sulla base di tale normativa, il presidente della Regione Lombardia ha inviato in data 29 febbraio 2016 al Ministro della salute una richiesta di deroga per i punti nascita a rischio di chiusura, tra cui il punto nascita di Piario (Bergamo) nell'alta val Seriana;

come riportato in questi giorni da alcuni organi di stampa locale, l'assessore per il *welfare* della Regione Lombardia, Gallera, ha dichiarato, al momento della presentazione del programma regionale di sviluppo della consiliatura alla commissione sanità che, visto il diniego alla deroga, da parte del Comitato, pervenuto alla Regione nell'autunno 2017, come da lui stesso ammesso, si deve procedere alla chiusura di 4 reparti maternità lombardi, tra cui quello di Piario;

nel 2016 sono nati presso l'ospedale di Piario 365 bambini, mentre nel 2017 le nascite sono state 363, dati che si collocano in un *trend* ormai decrescente, che ha visto il 2017 registrare il minor numero di nascite in Italia con solo 464.000 parti;

tale diminuzione, in un territorio montano come la val Seriana, è ancora più accentuata per la carenza di lavoro, di servizi e quindi di famiglie giovani;

proprio per questi motivi, il punto nascita non è solo un servizio da difendere, ma il simbolo di una montagna che non si arrende allo spopolamento,

si chiede di sapere:

nelle more dell'attuazione dei criteri introdotti dal decreto ministeriale 11 novembre 2015 e nella salvaguardia degli *standard* di sicurezza del nascituro e della partoriente, quale piano operativo e con quali soluzioni organizzative e professionali la Regione Lombardia abbia presentato, al fine di mantenere il funzionamento del punto nascita di Piario;

se il Ministro in indirizzo, nel rispetto delle competenze regionali in materia sanitaria, ritenga che la Regione Lombardia abbia attuato tutte le procedure necessarie previste dall'ordinamento vigente, affinché si potesse

predisporre una deroga alla chiusura del punto nascita di Piario in alta val Seriana;

quali siano, sulla base della richiesta avanzata dalla Regione Lombardia, le motivazioni che hanno spinto il Ministero della salute e il Comitato percorso nascita nazionale a negare la deroga alla chiusura del punto nascita di Piario, vista anche la sua ubicazione montana.

(4-00237)

(19 giugno 2018)

RISPOSTA.<sup>(\*)</sup> - Si ricorda che la riorganizzazione dei punti nascita scaturisce dall'accordo in Conferenza unificata sancito il 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". L'accordo, che ha impegnato tutte le Regioni ad attuare 10 linee di azione per la ridefinizione del percorso nascita, è nato dalla generale consapevolezza di dover implementare alcune misure fondamentali per garantire livelli ottimali di qualità e sicurezza per la madre e il nascituro.

Di particolare importanza è, in tal senso, la definizione del volume minimo di parti, che, secondo la letteratura e le esperienze in materia, costituisce *conditio sine qua non* per configurare le condizioni organizzative e di competenza necessarie per la sicurezza del percorso nascita.

Altrettanto determinante è la presenza di tutti i requisiti organizzativi, di sicurezza e tecnologici indicati dall'accordo del 16 dicembre 2010. Esso ha previsto la costituzione del Comitato percorso nascita nazionale, organo tecnico costituito, tra gli altri, da esperti in campo materno-neonatale, con funzione di supporto alle Regioni nel percorso di riorganizzazione della rete dei punti nascita.

La possibilità di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti all'anno, pur se non espressamente prevista dall'accordo, che indicava l'eventualità di deroghe solo per punti nascita con numerosità non al di sotto di tale volume minimo, è stata accordata per venire incontro a specifiche esigenze legate a effettive, dimostrabili e insuperabili difficoltà orogeografiche di alcuni territori italiani: ciò, in funzione delle necessarie garanzie di sicurezza per le donne, i neonati e i professionisti e

---

<sup>(\*)</sup> Testo, sempre identico, inviato dal Governo in risposta alle due interrogazioni sopra riportate.

con l'obiettivo di un costante e virtuoso bilanciamento tra il rischio legato alla distanza tra comune di residenza della donna, comune sede del punto nascita oggetto di valutazione e punto nascita alternativo, e il diverso, ma non meno importante, rischio collegato alla ridotta capacità di affrontare condizioni complesse e situazioni di emergenza derivanti dai volumi di casistica molto bassi.

In tal senso, il decreto ministeriale 11 novembre 2015 (integrazione del decreto ministeriale 19 dicembre 2014 "Costituzione Comitato percorso nascita nazionale") ha disciplinato la possibilità di mantenere in attività punti nascita al di sotto dello *standard* dei 500 parti all'anno previo parere consultivo del Comitato percorso nascita nazionale. Allo scopo è stato predisposto il protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti all'anno e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1).

Il 21 novembre 2016 il Comitato percorso nascita nazionale ha valutato la richiesta di deroga presentata dalla Regione Lombardia per i punti nascita di Piario, oltre che di Broni-Stradella, Gravedona, Chiavenna, Sondalo, Oglio Po e Angera. Nel corso della riunione il Comitato, valutata la documentazione trasmessa, sulla base del "protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti all'anno e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 d. m. 11 novembre 2015)", si è espresso favorevolmente al mantenimento in attività esclusivamente dei punti nascita dell'ospedale di Sondalo e di uno dei due punti nascita di Gravedona e Chiavenna. Per gli altri, invece, è stato espresso parere sfavorevole.

Per quanto riguarda Piario, le motivazioni del diniego sono scaturite dall'assenza di condizioni di disagio orogeografico (in quanto le distanze e i tempi di percorrenza verso punti nascita alternativi non aumentano in modo significativo), nonché dal basso tasso di fidelizzazione delle donne in gravidanza residenti in molti comuni appartenenti al bacino di utenza del punto nascita di Piario, a riprova dell'evidenza che molte donne hanno scelto punti nascita alternativi.

In seguito all'espressione del parere da parte del Comitato percorso nascita nazionale, la Regione Lombardia, con l'ausilio di un gruppo multidisciplinare di professionisti e clinici che operano nell'ambito del processo di supporto e assistenza della gravidanza-travaglio-parto-nascita e puerperio, ha elaborato un "progetto sperimentale per la definizione di elementi di governo clinico in area materno infantile — punti nascita". Tale progetto, mirato a superare il criterio dei 500 parti all'anno e a considerare la valutazione delle *performance* dei punti nascita, è stato successivamente illustrato da funzionari della Regione ed esperti che hanno partecipato alla sua stesura, in occasione della riunione del Comitato nazionale del 21 febbraio 2017. Il progetto, in base alla valutazione espressa dal Comitato, conteneva sicuramente elementi di interesse, soprattutto per gli aspetti relativi alla riorga-

nizzazione della rete assistenziale dei punti nascita in una visione organica basata sul modello "hub e spoke", con integrazione ospedale-territorio e promozione dell'autonomia dell'ostetrica nella gestione della gravidanza e del parto a basso rischio.

La Regione, tuttavia, è stata invitata dal Comitato nazionale a migliorare ulteriormente alcuni aspetti del progetto, con particolare riguardo agli indicatori di processo e di esito individuati. Recepiti i suggerimenti, la Regione Lombardia ha trasmesso una seconda versione del progetto sperimentale, che il Comitato percorso nascita nazionale in data 16 ottobre 2017 ha valutato positivamente, pur auspicando ulteriori margini di miglioramento.

Tuttavia, il Comitato ha inteso ribadire che la valutazione positiva espressa nei confronti del progetto non modifica il parere reso nella riunione del 21 novembre 2016 relativamente alle deroghe alla chiusura dei punti nascita con numero di parti inferiore alle 500 unità all'anno. È stata confermata, pertanto, la non sussistenza delle condizioni di disagio orogeografico per i punti nascita presso gli ospedali di Oglio Po, Angera, Piario e Broni-Stradella. La condizione di disagio è stata invece riconosciuta per il punto nascita presso l'ospedale di Sondalo, mentre la vicinanza tra gli ospedali di Gravedona e Chiavenna ha imposto il mantenimento di uno solo dei due per la sussistenza del criterio, scelta lasciata all'autonomia regionale. Per di più, è stato ribadito come il punto nascita di Piario non ottemperasse ai requisiti inerenti agli elementi di sicurezza richiesti dall'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 (quali, ad esempio, la disponibilità di una guardia pediatrica sulle 24 ore). Allo stesso modo, non è parso realisticamente ipotizzabile il raggiungimento di tali *standard* in rapporto alla generalizzata carenza di specialisti (pediatri e neonatologi e ostetrici e ginecologi) e al flusso dei professionisti verso centri con numerosità e tipologia di casistica tali da consentire una progressione delle competenze e una maggiore sicurezza operativa.

Preso atto della mancata concessione della deroga sul punto nascita di Piario, la Regione, con la delibera di Giunta n. 267 del 28 giugno 2018 ("Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale. Intervento di riorganizzazione dei punti nascita"), ha disposto di avviare il percorso per la cessazione dell'attività del punto nascita dell'ospedale "Locatelli" di Piario. Contestualmente, la Regione ha disposto di dare mandato all'Agenzia di tutela della salute di Bergamo, in raccordo con la Direzione generale welfare della Regione e con le strutture sanitarie interessate, di portare a compimento, entro il termine massimo del 31 dicembre 2018, il percorso per la cessazione dell'attività del punto nascita, attraverso un'attenta valutazione della riorganizzazione della rete d'offerta, al fine di garantire, nell'ambito del territorio di competenza, continuità assistenziale, sicurezza, appropriatezza e qualità dell'intero percorso nascita, accompagnato, inoltre, da una contestuale valutazione dell'impatto economico.

Ciò detto in relazione al caso specifico, si segnala che sul tema dei punti nascita è in atto un'attenta riflessione sull'opportunità di operare una rimodulazione della rete, che tenga conto, prima di ogni altro aspetto, della sicurezza delle donne e dei bambini, oltre che della qualità dell'intero percorso nascita. Non si può negare, infatti, che nei quasi 10 anni di vigenza del citato accordo Stato-Regioni siano mutate alcune importanti circostanze obiettive.

Innanzitutto, il *trend* delle nascite, che si prevede stabile per i prossimi anni, è stato segnato da una significativa riduzione dai circa 580.000 nati nel 2009 a circa 458.000 nel 2017, con un calo del 21 per cento. Questa forte denatalità, che investe tutto il Paese dal Nord al Sud, unitamente a un'oggettiva carenza di professionisti di ambito materno-neonatale, sta cambiando in modo notevole lo scenario del nostro territorio, obbligando a una riflessione su alcuni elementi caratterizzanti l'accordo del 2010, ferma restando la necessità di mantenere invariato il paradigma organizzativo finalizzato alla sicurezza e alla qualità dell'offerta per la donna e per il neonato. Da altro punto di vista, sempre in questi stessi anni, è significativamente migliorata la capacità delle istituzioni (Regioni e Ministero) di raccogliere dati ed elementi di misura sui processi assistenziali e sui risultati clinici.

La coincidenza di questi due elementi (denatalità e ampia disponibilità di dati epidemiologici) potrà, dunque, consentire al Ministero della salute, con l'ausilio del Comitato percorso nascita nazionale e in condivisione con le Regioni, di ridisegnare l'architettura della rete dei punti di offerta, ospedalieri e territoriali, nell'ambito materno-infantile. Partendo dai dati dei flussi correnti, mediante analisi statistico-epidemiologiche, si potranno infatti definire, con accettabile predittività e precisione, gli elementi utili sia a individuare i principali aspetti strutturali e organizzativi dei punti nascita, che a identificare i livelli assistenziali necessari per disegnare una rete di offerta ottimale per l'assistenza alle donne e ai neonati proiettata alla qualità e alla sicurezza.

Inoltre, tenendo conto che le fasi del *pre e post partum* sono momenti altrettanto delicati quanto la fase del parto, si procederà, a completamento della revisione dell'accordo, a definire gli elementi di supporto all'organizzazione della rete territoriale al fine di creare un forte collegamento circolare territorio-ospedale-territorio.



In conclusione, dunque, si confida che questo cambiamento di prospettiva, che potrà essere condiviso con le Regioni già in sede di rinnovo del patto per la salute, possa portare a soluzioni innovative, in grado di garantire un servizio di massima prossimità, pur in un regime di invariata attenzione alla sicurezza delle donne e del nascituro.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(1° marzo 2019)

---

GARAVINI, BOLDRINI, MANCA. - *Al Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.* - Premesso che:

venerdì 12 ottobre 2018 si è tenuto il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale un primo incontro tecnico tra le autorità italiane e quelle sammarinesi per la revisione dell'accordo di amicizia e buon vicinato tra Italia e San Marino del 1939;

tale tavolo tecnico fa seguito alla visita del Ministro in indirizzo a San Marino nello scorso mese di agosto;

a quasi 80 anni dalla firma della convenzione di amicizia e buon vicinato sembrano maturi i tempi per aprire una nuova fase dei rapporti tra Italia e San Marino;

nello scorso novembre il Comites San Marino ha depositato presso la segreteria istituzionale del Parlamento sammarinese due progetti di legge di iniziativa popolare in tema di cittadinanza e di diritto di elettorato attivo e passivo a favore dei cittadini italiani residenti nella Repubblica del Titano (circa 14.000) e sammarinesi;

dal 2000, anno in cui è stato introdotto a San Marino l'impianto normativo disciplinante la materia della cittadinanza, lo scenario sociale è cambiato e così gli orientamenti culturali;

negli ultimi 10 anni in Europa si è intervenuti diffusamente per riformare le leggi sulla cittadinanza, facendo emergere una propensione a concepirle in termini meno identitari;

gli Stati europei accettano o tollerano in modo crescente la doppia cittadinanza e si sta riducendo sempre più il numero di quegli Stati che chiedono la rinuncia;

si sono fatte strada anche condizioni più agevoli per la naturalizzazione, come in Germania dove servono 5 anni di residenza, in Svizzera dove ne occorrono 12, in Belgio 3, in Austria 6, in Lussemburgo 7,

si chiede di sapere se in tale contesto il Ministro in indirizzo non ritenga di dover inserire le questioni degli italiani residenti a San Marino nel quadro dei negoziati appena avviati.

(4-00989)

(10 dicembre 2018)

RISPOSTA. - Si osserva innanzi tutto che il principio generale che regola l'acquisto della cittadinanza italiana è lo *ius sanguinis*. Forte rilievo viene poi riconosciuto alla manifestazione di volontà della persona sia riguardo all'acquisto che alla perdita della cittadinanza. Il principio volontaristico costituisce infatti un elemento di forte caratterizzazione della legge del 1992 e determina il venir meno di gran parte delle forme di automatismo stabilite dalla normativa previgente. Altro principio cardine, previsto in via generale, è la possibilità di detenere doppia cittadinanza, ovvero di quella particolare condizione per la quale un soggetto è contemporaneamente detentore dello *status civitatis* di due diversi ordinamenti (art. 11).

Pertanto, laddove un soggetto abbia perso la cittadinanza italiana a seguito di naturalizzazione all'estero in data precedente al 16 agosto 1992 o perché, avendo un'altra cittadinanza e la residenza all'estero, vi abbia rinunciato, può riacquistarla rendendo una dichiarazione in tal senso e stabilendo entro un anno la residenza nel territorio della Repubblica. In alternativa, può riacquistarla automaticamente dopo un anno di residenza stabile ed effettiva in un comune italiano se, entro lo stesso termine, non dichiara espressamente di volervi rinunciare.

Non esistono, pertanto, in base all'ordinamento italiano, preclusioni al possesso della doppia cittadinanza da parte di tutti i nostri connazionali residenti in Paesi terzi, ivi compresa San Marino.

Per quanto concerne il quesito relativo ad un eventuale inserimento delle questioni degli italiani residenti a San Marino nel quadro del negoziato, avviato nei mesi scorsi, per una revisione della Convenzione di amicizia e buon vicinato del 1939, si osserva che il negoziato concerne l'aggiornamento della Convenzione stessa per adeguarla, a distanza di 80 anni dalla firma, al mutato contesto delle relazioni bilaterali. L'obiettivo sarebbe, in linea di massima, quello di produrre un testo agile dal carattere politico e programmatico e di rinviare ad accordi specifici successivi l'aggiornamento

delle parti tecniche della Convenzione del 1939; tra queste non figura tuttavia la materia della cittadinanza.

Alla luce di quanto sopra, la questione dei "progetti di legge di iniziativa popolare" in tema di cittadinanza promossi dal COMITES di San Marino (relativamente agli italiani residenti o coniugati con cittadini sammarinesi) esula dal carattere di testo quadro dell'accordo oggetto del negoziato appena avviato, riguardando la normativa sammarinese in materia.

*Il Sottosegretario di Stato per gli affari esteri e la cooperazione internazionale*

MERLO

(27 febbraio 2019)

---

GASPARRI, MALLEGGNI. - *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* - Premesso che a quanto risulta agli interroganti:

l'agenzia di stampa "Askanews" sta affrontando una crisi economica che rischia di comportare il licenziamento dei suoi circa 100 dipendenti;

da quanto si apprende dalle dichiarazioni della stessa agenzia, questa crisi sarebbe dovuta al mancato pagamento di un credito di circa cinque milioni di euro, che l'agenzia vanterebbe nei confronti della Presidenza del Consiglio dei ministri;

sull'argomento è arrivata a mezzo stampa la smentita del sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri Crimi, che ha affermato che tale debito non sarebbe dovuto, in quanto: "riferito ad un periodo successivo alla scadenza naturale del contratto" ("Il Giornale", dell'8 gennaio 2019);

la dichiarazione del sottosegretario Crimi, però, sarebbe smentita dai fatti, in quanto risulta agli interroganti che, nelle more dell'assegnazione dei nuovi bandi, sia la Presidenza del Consiglio dei ministri, che i Ministri e altre strutture statali avrebbero usufruito dei servizi resi da "Askanews";

a sostegno di questa versione vi sarebbe anche il fatto che il Dipartimento per l'informazione e l'editoria avrebbe offerto una cifra più bassa ad "Askanews" per chiudere la pendenza, confermando, quindi che un debito nei confronti dell'agenzia esisterebbe,

si chiede di sapere:

se il Presidente del Consiglio dei ministri sia a conoscenza della vicenda;

se non ritenga di fare chiarezza al più presto, anche alla luce del fatto che questa situazione si ripercuote sulle circa novanta famiglie dei lavoratori "Askanews".

(4-01078)

(15 gennaio 2019)

RISPOSTA. - Gli interroganti, partendo da alcune vicende che hanno visto coinvolta l'agenzia di stampa "Askanews" e la Presidenza del Consiglio dei ministri, relative ad uno stato di crisi dell'azienda asseritamente causato da un presunto mancato pagamento per prestazioni usufruite da parte della stessa Presidenza del Consiglio dei ministri e di altre strutture statali, chiedono che venga fatta chiarezza sui fatti.

#### Ricostruzione del contesto

Per comprendere tutte le implicazioni della complessa vicenda che ha interessato l'agenzia giova innanzitutto ricostruire con un breve *excursus* anche il contesto normativo in cui la vicenda si colloca. Come è noto, la Presidenza del Consiglio dei ministri per legge svolge il ruolo di centrale di acquisto dei servizi di agenzia di stampa, sia per tutte le amministrazioni dello Stato (centrali e periferiche), sia per le specifiche esigenze del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale. Tale competenza risulta attribuita alla Presidenza in forza del combinato disposto della legge n. 237 del 1954 e della sua interpretazione autentica recata dall'art. 55, comma 24, della legge n. 449 del 1997, ove si prescrive, tra l'altro, che tale acquisizione di servizi debba essere effettuata nel rispetto del pluralismo informativo.

Fino all'emanazione del primo bando pubblico, avvenuta a seguito dell'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti (decreto legislativo n. 50 del 2016), i contratti con le agenzie che possedevano i requisiti di legge per essere qualificate agenzia a diffusione nazionale (si veda l'art. 2, comma 122, della legge n. 286 del 2006) sono stati stipulati con procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando, in ottemperanza a quanto previsto dal richiamato art. 55.

Con l'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti, e dopo un'approfondita istruttoria, che ha visto coinvolta l'Autorità nazionale anti-corruzione (ANAC), il Dipartimento dell'informazione ed editoria della Presidenza ha concluso il proprio approfondimento nel senso dell'obbligatorietà

dell'attivazione di procedure pubbliche competitive aperte a tutti i soggetti muniti dei requisiti previsti da un apposito bando pubblico, in ciò confortato anche dall'apposito avviso espresso in proposito dall'ANAC su espressa richiesta del Dipartimento. Dopo aver stipulato con la stessa ANAC un protocollo di vigilanza collaborativa, tuttora in essere, a maggio 2017 è stata indetta la prima gara europea articolata su 10 lotti di importi differenziati sia per valore che per requisiti. La partecipazione a tale gara aperta, peraltro, veniva disciplinata con taluni vincoli, concordati con l'ANAC, intesi a garantire il rispetto del principio del pluralismo informativo; sicché i partecipanti alla gara, tra quali rientrava anche Askanews, potevano fare domanda di partecipazione a non più di due lotti scegliendo *ex ante*, per il caso di doppia aggiudicazione, in quale dei lotti volessero essere contrattualizzati.

#### Gli esiti della gara pubblica

Nelle more dell'espletamento della gara, onde evitare soluzioni di continuità nell'erogazione dei servizi di agenzia alle amministrazioni dello Stato, i precedenti contratti stipulati attraverso procedura negoziata con le agenzie a diffusione nazionale (quindi anche con Askanews) sono stati prorogati in più riprese fino al 30 settembre 2017, momento nel quale tali proroghe hanno naturalmente esaurito i loro effetti, in quanto il 1° ottobre 2017 sono stati stipulati i nuovi contratti con gli aggiudicatari definitivi della procedura competitiva come risultanti dal decreto di aggiudicazione del 3 agosto 2017.

Pur avendo il Dipartimento previsto la scadenza dell'ultima proroga al 30 settembre 2017, per opportuna diligenza, provvedeva a comunicare con nota del 28 settembre 2017 ad Askanews (come del resto anche agli altri soggetti non risultati aggiudicatari di alcun lotto) che, non essendovi esigenza di ulteriori proroghe, avrebbero dovuto cessare l'erogazione del servizio con effetto dal successivo 10 ottobre. In pari data, il Dipartimento ha altresì ritenuto opportuno comunicare anche alle amministrazioni destinatarie delle forniture che, dallo stesso 1° ottobre, i servizi di agenzia sarebbero stati resi dalle agenzie risultate aggiudicatarie della procedura competitiva, precisando tuttavia che, se le amministrazioni avessero continuato a ricevere i servizi da agenzie diverse da quelle aggiudicatarie, il relativo costo non sarebbe in ogni caso stato addebitabile al Dipartimento stesso.

#### Il ricorso di Askanews

Avverso la nota di ricognizione della situazione contrattuale in scadenza, inviata dal Dipartimento ad Askanews il 28 settembre 2017, l'agenzia di stampa proponeva ricorso al TAR del Lazio in data 30 ottobre 2017 per ottenere l'annullamento del (supposto) provvedimento di cui alla citata nota nella considerazione della sua illegittimità sotto diversi profili, ulteriormente integrati con motivi aggiunti del 18 settembre 2018, con il quale risultava altresì impugnata anche la nota del 19 luglio 2018 con la

quale era stata richiesta la disponibilità dell'agenzia a subentrare nell'affidamento dei servizi previsti dal lotto 3 in sostituzione di Adnkronos titolare del relativo contratto a far data dal 10 ottobre 2017 (*ex art. 110, comma 2, del codice degli appalti*). Al riguardo, è opportuno rappresentare che sull'applicabilità della norma, censurata in sede di ricorso, il Dipartimento aveva in due occasioni acquisito il parere dell'ANAC (in data 27 giugno e 12 luglio 2018), sulla cui base aveva formulato la richiesta di subentro ad Askanews nel lotto 3, dopo aver acquisito peraltro la rinuncia del secondo in graduatoria (si trattava dell'agenzia ACI).

#### Le proposte di transazione di Askanews

Prima di notificare i motivi aggiunti al ricorso, tuttavia, Askanews aveva comunque provveduto a manifestare il proprio interesse allo "scorrimiento" con nota del 24 luglio 2018, pur rappresentando che l'accettazione dell'affidamento del lotto 3 non costituiva rinuncia al ricorso originario (il relativo contratto è stato in effetti stipulato il 6 agosto 2018 con decorrenza dal giorno 16 dello stesso mese e regolarmente registrato dagli organi di controllo).

Dopo aver avviato l'*iter* giudiziale ad ottobre 2017 (per il quale al momento non esiste ancora alcun atto di coltivazione del ricorso), Askanews, per il tramite dei suoi legali, ha fatto pervenire la prima intimazione in data 23 febbraio 2018, cui ne sono seguite delle altre, intese sostanzialmente ad ottenere il riconoscimento del supposto credito derivante dalla volontaria ed unilaterale erogazione alle amministrazioni statali del servizio, anche dopo la cesura contrattuale intervenuta il 30 settembre 2017, ed alla quale il Dipartimento ha debitamente dato riscontro in data 12 marzo 2018, rappresentando che tale intimazione ricalcava il ricorso già presentato.

Con successiva nota del 15 marzo 2018, peraltro, gli avvocati dell'agenzia trasmettevano una prima proposta di risoluzione conciliativa della controversia con un'ipotesi di rinuncia all'utile di impresa (quantificato nel 10 per cento) con relativo riconoscimento dell'importo contrattuale derivante dal contratto originario. A seguito di questa formale proposta transattiva, il Dipartimento, pur consapevole di aver posto in essere comportamenti conformi ai principi di diligenza e correttezza amministrativa, ha ritenuto opportuno interessare, con nota del 6 aprile 2018, l'Avvocatura generale dello Stato per l'eventualità che talune delle amministrazioni fruitrici dei servizi, pur essendo state avvertite dell'intervenuta cesura contrattuale, avessero *de facto* ritenuto di avvalersi di detti servizi, per i quali, come comunicato alle amministrazioni con la citata nota del 28 settembre 2017, l'eventuale relativo costo non sarebbe in ogni caso stato addebitabile al Dipartimento.

In esito a tale richiesta l'organo della difesa erariale rilasciava un primo parere interlocutorio, in data 17 aprile 2018, con il quale sollecitava il Dipartimento ad interessare le amministrazioni fruitrici per verificare se fos-

se possibile chiarire se l'utilizzo dei servizi, anche dal punto di vista quantitativo fosse documentabile attraverso i *report* della società "Telpress" che gestisce solo alcuni dei concentratori attraverso i quali vengono fruiti i servizi di agenzia nelle diverse amministrazioni (i contratti di tali concentratori non sono stipulati dalla Presidenza del Consiglio dei ministri ma dalle singole amministrazioni).

Per riscontrare tali richieste, il Dipartimento, con nota del 22 maggio 2018, forniva all'Avvocatura generale ulteriori chiarimenti in ordine sia alle iniziali azioni di verifica svolte presso le varie amministrazioni, sia in merito alle modalità di fruizione dei servizi di agenzia gestiti attraverso i cosiddetti concentratori (Telpress, Datastamp eccetera), cui faceva poi seguito l'emissione del relativo parere della difesa erariale pervenuto via PEC il 6 luglio 2018.

#### Il parere dell'Avvocatura generale dello Stato

Dato il rilievo che riveste il parere espresso dall'Avvocatura sull'ipotesi di conciliazione prospettata da Askanews, giova soffermarsi sulle considerazioni essenziali svolte; esse muovono dall'assunto che "non sussistono i presupposti per riconoscere la fondatezza delle pretese della società oppure per addivenire ad un accordo transattivo". A sostegno di tale conclusione l'Avvocatura ritiene "decisiva la circostanza che il D.I.E. abbia, al tempo, diffidato formalmente la società all'immediata cessazione della fornitura ed ha invitato le amministrazioni fruitrici a non utilizzare il servizio eventualmente reso". Inoltre, "qualora in effetti la società fosse nelle condizioni di provare di aver continuato ad erogare il servizio, tale erogazione sarebbe avvenuta in spregio del divieto formale manifestato da codesta Amministrazione [il Dipartimento], senza, peraltro, che la nota con la quale tale divieto è stato espresso, impugnata innanzi al TAR per il Lazio (il relativo ricorso è pendente al n. R.g. 11057/2017) risulti essere stata oggetto di provvedimenti cautelari, neppure richiesti dal ricorrente". Infine, l'Avvocatura soggiungeva "che qualora anche si ipotizzasse la fruizione dei servizi da parte di talune amministrazioni già beneficiarie degli stessi sulla base del contratto a suo tempo stipulato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri con Askanews, dovrebbero essere queste ultime ad essere evocate in giudizio dalla società, se del caso a titolo di ingiustificato arricchimento ex art. 2041 c.c."

#### Vicende successive al parere

Per completezza di informazione in ordine ad alla vertenza, appare utile anche riassumere il quadro degli ulteriori sviluppi extragiudiziali temporalmente successivi al rilascio del parere. In particolare, va ricordato che dopo la notifica dei citati motivi aggiunti prodotti dai difensori di Askanews (si veda *supra*), il Dipartimento ha nuovamente interpellato l'Avvocatura generale in data 9 novembre 2018, anche al fine di predisporre alla dife-

sa in giudizio degli interessi dell'amministrazione, per dare conto degli esiti del monitoraggio effettuato presso le singole amministrazioni fruitrici dei servizi di agenzia onde accertare se esse abbiano a loro volta avvertito gli aggregatori di notizie (i concentratori), con i quali ciascuna amministrazione intratteneva distinti rapporti contrattuali, del venir meno del contratto con l'agenzia AskaneWS.

Con successiva nota del 28 novembre 2018, l'Avvocatura, pur richiamandosi alle sue precedenti considerazioni svolte in punto di diritto, ravvisava comunque possibile che il Dipartimento ascoltasse ulteriori deduzioni della società ed eventuali proposte transattive, riservandosi l'Avvocatura di valutare la praticabilità di una soluzione bonaria qualora emergessero elementi nuovi dall'interlocuzione con la controparte, anche alla luce del ruolo di centrale di acquisto dei servizi di agenzia di stampa attribuito al Dipartimento dell'editoria dalla legge. In data 4 dicembre, i difensori di AskaneWS, in considerazione delle precarie condizioni economiche in cui versava la società, formulavano una nuova proposta transattiva che configurava una riduzione del 25 per cento (pari a 3.503.582,15 euro) della pretesa iniziale avanzata, e che asseritamente ammontava a 4,671.442,87 euro, impegnandosi ad una totale rinuncia al ricorso pendente e ad eventuali azioni nei confronti delle amministrazioni statali interessate dalla fornitura dei servizi.

Per ragioni di cortesia istituzionale, e senza che questo potesse pregiudicare gli interessi dell'amministrazione, come chiaramente rappresentato nella parte finale della nota, il Dipartimento ha ritenuto di chiarire alla società, nella sua ultima nota del 14 dicembre 2018, che dalla ricognizione effettuata presso le diverse amministrazioni statali risultava un quadro fattuale difforme da quello rappresentato nelle proposte avanzate dall'agenzia, relativamente al periodo 1° ottobre 2017-15 agosto 2018, che quantificava l'entità dei servizi resi al più in un importo di 1.550.000 euro al netto di IVA, benché si trattasse, comunque, di una quantificazione di servizi resi "in spregio del divieto formale manifestato da codesta amministrazione", cioè il Dipartimento stesso, come riportato nel parere dell'Avvocatura dello Stato.

Le notizie di stampa



Si rileva come la rappresentazione giornalistica comparsa nei giorni scorsi su taluni organi di stampa in merito alla controversia tra Presidenza del Consiglio dei ministri e Askanews si basano su di un falso "sillo-gismo": c'è un debito con la Presidenza, l'amministrazione non paga quanto dovuto, *ergo* la società rischia il fallimento e perciò si vede costretta ad un forte ridimensionamento dell'organico. Quanto sopra illustrato restituisce un quadro differente della complessa vicenda, in quanto non esiste alcun debito riconosciuto o accertato da parte della Presidenza nei confronti dell'agenzia di stampa Askanews.

*Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei mi-*  
*nistri*

CRIMI

(28 febbraio 2019)

---

IANNONE. - *Ai Ministri della salute e della giustizia.* - Premesso che, per quanto risulta all'interrogante:

Miriana Milanovic era una ragazza sedicenne affidata alla casa famiglia "Il sorriso di Rita" di Casandrino (Napoli) in seguito ad una violenza sessuale da parte di un branco di 12 ragazzi il cui processo è ancora in corso ed i giovani, dopo la messa in prova, sono a piede libero;

la sera del 26 agosto 2018 Miriana ha cominciato ad avvertire forti dolori allo stomaco e è stata portata in ospedale a Frattamaggiore soltanto alle ore 2 del mattino del giorno 28 agosto 2018;

nonostante la Tac e le analisi del sangue a cui era stata sottoposta non dessero risultanze rassicuranti, Miriana è stata dimessa alle 6 del mattino in codice verde e con la firma di un'operatrice (che a quanto pare non aveva neanche la delega) della sua casa famiglia che ha rifiutato il ricovero;

dopo essere rientrata, Miriana alle ore 9 è stata portata in condizioni molto gravi al "Cardarelli" di Napoli dove è stata messa sul tavolo operatorio;

Miriana è entrata da sola in camera operatoria perché i familiari sono stati avvertiti quando la ragazza era già in ospedale e il tutore era in vacanza;

dopo 7 ore d'intervento Miriana è entrata in sala di rianimazione ma aveva un polmone compromesso e sembra anche lo stomaco;

il 31 agosto è giunto il tutore di Miriana che prima ha vietato le visite e poi ha fatto entrare un parente al giorno ed un'operatrice;

i parenti di Miriana (11 fratelli) non avevano voce in capitolo, potevano vederla ma non chiedere notizie, cosa consentita unicamente ad una referente del tutore;

il 2 settembre Miriana si è aggravata e la sera è stata trasportata all'ospedale "Monaldi" per effettuare la circolazione extracorporea ma nonostante la tragica condizione il tutore non era presente;

il 5 settembre Miriana è morta, sola, e la direzione sanitaria ha detto di aver ricevuto disposizioni di non far entrare i parenti;

è stato disposto immediatamente il sequestro della salma e delle cartelle cliniche ad opera della Procura della Repubblica del Tribunale di Napoli;

la morte di Miriana è avvenuta alle ore 9 del mattino ma è stata comunicata ai parenti alle ore 10,15;

in camera mortuaria Miriana è arrivata senza essere nemmeno ricomposta e con gli evidenti segni dello strazio vissuto;

l'11 settembre 2018 è stata eseguita l'autopsia e ai funerali tenutisi il venerdì successivo non sono intervenuti né il tutore né le responsabili della struttura "Il sorriso di Rita",

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza di questi tragici fatti che hanno martoriato l'esistenza della giovane Miriana Milanovic;

se ritengano che la tragica fine di una ragazza di 16 anni, come Miriana, meriti massima giustizia;

se intendano avviare un'indagine per accertare ogni responsabilità sia in ambito sanitario sia nel corso delle procedure giudiziarie di chi aveva il compito di tutelare la minore.

(4-00623)

(2 ottobre 2018)

RISPOSTA. - Si risponde sulla base delle informazioni acquisite, a cura del Ministero della giustizia, presso le competenti autorità giudiziarie di Napoli.

La minorenni risulta essere persona offesa nel procedimento n. 2730/15 "noti", proveniente dal procedimento n. 107/15 "ignoti", a seguito dell'iscrizione di 12 indagati in ordine ai reati di cui agli articoli 609-*octies*, 609-*bis* e *ter*, n. 1, del codice penale, nonché per altri reati commessi nel periodo marzo-aprile 2015, procedimento definito con richiesta di giudizio immediato in data 4 aprile 2016.

Presso la Procura della Repubblica del Tribunale di Napoli la vicenda relativa alla minorenni si riferisce all'iscrizione del fascicolo n. 24410/18, poiché, dalla denuncia-querela sporta dalla sorella, emergeva una possibile ipotesi di responsabilità a carico dei sanitari che l'avevano avuta in cura.

La minore, soggetto vulnerabile e già provato da un passato di violenze ed abusi tra minorenni, in virtù di un procedimento del Tribunale per i Minorenni di Napoli, era stata collocata presso la comunità "Il sorriso di Rita" sita a Casandrino (Napoli) e le era stato nominato un curatore speciale.

A seguito di malori accusati per diversi giorni, dei quali si era lamentata con il personale della comunità in cui alloggiava, la minore era stata trasportata presso il pronto soccorso del nosocomio di Frattamaggiore (Napoli) per essere ricoverata, essendosi aggravate le sue condizioni.

Dopo le dimissioni, avvenute contro il parere dei sanitari, a causa delle gravi condizioni di salute, la minore era stata trasportata presso l'ospedale "Cardarelli" di Napoli e sottoposta ad un intervento chirurgico d'urgenza.

Alcuni giorni dopo la paziente era stata trasportata all'ospedale "Monaldi" di Napoli per complicanze cardiache e, nonostante un secondo intervento chirurgico, è morta il 5 settembre 2018.

La Procura della Repubblica presso il Tribunale di Napoli ha provveduto a disporre il sequestro delle cartelle cliniche della paziente presso gli ospedali dove la stessa era stata in cura (Frattamaggiore e Napoli), conferendo un incarico di consulenza autoptica, medico-legale e specialistica a 4 professionisti (medico-legale, anatomopatologo, chirurgo, anestesista-rianimatore), al fine di accertare le cause della morte.

Allo stato attuale, sono in corso le indagini per ricostruire in maniera completa il fatto e le relative eventuali responsabilità.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(4 marzo 2019)

---

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

negli ultimi tempi la popolarità del latte vegetale è cresciuta talmente tanto che sempre più *brand* stanno creando le loro formule vegane: bevande a base di farro, mandorla, riso, cocco, avena sono ora tra le scelte più gettonate, e non solo per i vegetariani, i vegani e le persone intolleranti;

è vero che il latte di vacca resta una scelta popolare, ma non senza controversie, in particolare riguardo agli effetti degli ormoni animali sul nostro benessere generale;

secondo una ricerca condotta presso la University of Ljubljana, in Slovenia, gli ormoni presenti nel latte vaccino non sarebbero tuttavia dannosi per la salute degli esseri umani, essendo un elemento integrante delle nostre diete;

le preoccupazione degli esperti è data dal fatto che ogni anno, solo nell'Unione europea, vengono prodotte 160 milioni di tonnellate di latte vaccino, e con l'impiego di procedure sempre più intensive, è notevolmente aumentato anche il livello di estrogeni presente nel latte;

il *team* sloveno ha monitorato un gruppo di ratti per capire gli effetti di questo ormone tipicamente femminile sulla fertilità e sul rischio di sviluppare il cancro nelle cavie, scoprendo che le probabilità sono in entrambi i casi assai basse e il rischio minimo per la salute della popolazione umana adulta,

si chiede di sapere se al Ministro in indirizzo risulti che la maggior parte degli studi effettuati sul campo abbia dimostrato che la concentrazione di estrogeni che si trova naturalmente nel latte vaccino sia troppo bassa per porre un rischio sulla salute in ambito riproduttivo o nello sviluppo del cancro negli adulti.

(4-00835)

(13 novembre 2018)

RISPOSTA. - L'Istituto superiore di sanità ha ricordato che il latte vaccino è un alimento ampiamente diffuso nella dieta della popolazione italiana da molto tempo. È una fonte importante, soprattutto in età pediatrica, di calcio, di proteine ad alto valore biologico e di lattosio. Tradizionale e diffuso è anche il consumo di latticini di origine bovina: formaggio, ricotta e negli ultimi decenni in misura crescente anche yogurt.

Contemporaneamente all'assunzione di nutrienti, il latte vaccino determina una assunzione dietetica anche di estrogeni. Questi ormoni, prodotti dalla placenta, sostengono la produzione di latte e passano nel latte in maniera direttamente proporzionale alla loro concentrazione ematica.

La pastorizzazione e le tecnologie alimentari per la produzione di derivati del latte sembrano non modificare il contenuto di estrogeni del latte vaccino. Lo stato fisiologico della bovina è un fattore importante nel modulare la concentrazione di estrogeni nel latte.

Per contro, non vi sono prove sperimentali certe e definitive che la quantità di questi ormoni nel latte vaccino sia aumentata con l'intensificarsi delle produzioni di latte. Alcuni lavori scientifici hanno sostenuto che, a partire dal secondo dopoguerra, la diffusione delle tecniche di allevamento intensivo nella produzione lattiera (diffusione necessaria per rispondere alle esigenze di società industrializzate ed urbanizzate) potrebbe aver portato ad un incremento dell'assunzione alimentare di estrogeni. L'ipotesi non è inverosimile, ma la sua validità non è suffragata da solidi dati sperimentali.

Vi è una giustificata preoccupazione da parte della comunità scientifica e delle autorità europee ed italiane per gli effetti sulla salute e sull'ambiente di sostanze esogene ad azione simil-ormonale (pesticidi, additivi di plastiche e cosmetici, eccetera), i cosiddetti interferenti endocrini (si veda l'area dedicata nel sito dell'Istituto superiore di sanità).

Il caso presentato nell'interrogazione è ben diverso, in quanto tratta di ormoni fisiologicamente presenti in un alimento tradizionalmente ed ampiamente consumato dalla popolazione italiana ed europea. Nell'essere umano, un'eccessiva produzione di estrogeni dovuta ad una varietà di alterazioni endocrino-metaboliche è correlata ad un incremento del rischio di tumori (ad esempio, della mammella) e di patologie croniche (ad esempio, l'osteoporosi) nonché a disturbi della fertilità e della pubertà maschili e femminili. Un contributo da parte degli estrogeni assunti mediante il latte ed i latticini non può essere escluso completamente, almeno in via teorica: va però ricordato che solo il 2-5 per cento degli estrogeni dal latte viene assorbito a livello intestinale dall'essere umano. Pertanto, un eventuale contributo, ancora tutto da dimostrare, degli estrogeni nel latte ad un incremento dei

livelli endogeni di estrogeni nell'essere umano sarebbe di entità molto limitata.

Attualmente non esiste alcuna evidenza epidemiologica certa e definitiva, diretta ed indiretta, di un'associazione fra effetti avversi correlabili ad un eccesso di estrogeni ed il consumo di latte e latticini nella popolazione generale. Pertanto, non vi sono evidenze scientifiche solide che indichino il consumo di latte o latticini come un fattore di rischio per un'assunzione eccessiva di estrogeni.

Una criticità potrebbe essere rappresentata dai bambini sotto l'anno di vita, allattati esclusivamente con formula a base di latte bovino, in considerazione dell'assunzione relativamente alta in rapporto al loro basso peso corporeo, della suscettibilità della prima età evolutiva a squilibri ormonali e della monocomposizione della loro dieta.

Tuttavia, uno studio di *screening* su linee cellulari derivate da fegato e colon effettuato dall'Istituto superiore di sanità ha indicato che le formule a base di latte bovino hanno solo una modesta attività endocrina, al contrario delle formule a base di latte di soia. Peraltro, lo stesso Istituto ritiene auspicabile raccogliere dati di *follow-up* sullo sviluppo e lo stato di salute dei neonati alimentati esclusivamente con diversi tipi di formule, ivi comprese quelle a base di latte bovino, in quanto si tratta di ristretti sottogruppi potenzialmente più vulnerabili.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(4 marzo 2019)

---

IANNONE. - *Al Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* - Premesso che:

il fiume Tanagro attraversa l'intero Vallo di Diano, area sud della provincia di Salerno, sfiorando molte abitazioni;

il fiume Tanagro, antropizzato in passato con numerosi interventi, è stato abbandonato a se stesso ed il suo alveo ora è pieno di materiale inerte che lo ostruisce;

il rischio di esondazione è elevatissimo e le conseguenze sarebbero certamente disastrose: la mancanza di pulizia dell'alveo, nelle piene invernali, provocherebbe certamente gravi danni mettendo a serio rischio la pubblica e privata incolumità;

gravi casi di esondazione si sono già verificati molte volte in passato,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di questo fattore di rischio per le popolazioni residenti nel Vallo di Diano;

se intenda porre una particolare attenzione a questa problematica, riscontrata la mancanza di attenzione delle Istituzioni competenti, in particolare la Regione Campania.

(4-00867)

(20 novembre 2018)

RISPOSTA. - Occorre, innanzitutto, premettere che, per quanto concerne gli specifici aspetti relativi al dissesto idrogeologico, nell'ambito della pianificazione di bacino in vigore, le aree contermini all'alveo del fiume Tanagro, per lo più ampie aree golenali, risultano perimetrare come a pericolosità da alluvione, da cui può derivare un rischio idrogeologico per persone e beni esposti al di fuori dell'area golenale. Secondo quanto disposto dall'art. 51, comma 10, della legge 28 dicembre 2015, n. 221 (collegato ambientale 2016), le Autorità di bacino distrettuali devono predisporre, in concorso con gli altri enti competenti, il programma di gestione dei sedimenti a livello di bacino idrografico, quale strumento conoscitivo, gestionale e di programmazione degli interventi relativo all'assetto morfologico dei corridoi fluviali.

Nel caso in questione, le attività di predisposizione del programma di gestione dei sedimenti a livello di bacino idrografico sono in corso. In particolare, le Autorità di bacino distrettuali stanno effettuando il coordinamento delle numerose norme, statali, regionali e distrettuali, che regolano le competenze e le attività lungo i corsi d'acqua italiani. Il programma di gestione dei sedimenti si svilupperà in tre fasi: definire lo stato morfologico dei corsi d'acqua, definire gli obiettivi di riassetto idraulico ed individuare i relativi interventi necessari, anche per favorire il trasporto dei sedimenti verso le coste.

A ciò si aggiunga che, secondo quanto riferito dalla Regione Campania, in merito alle condizioni idrauliche del fiume Tanagro, in linea generale, le attività che vengono effettuate sui corsi d'acqua del reticolo idrografico di competenza consistono nel controllo diretto effettuato *in loco*, quasi sempre su segnalazione di amministrazioni locali o del consorzio di bonifica, finalizzato a verificare la necessità di interventi di messa in sicu-

rezza delle opere idrauliche che ne definiscono il corso sia naturale che artificiale.

La Regione ha, peraltro, rappresentato che, in caso di somma urgenza, si fa carico, con propri fondi, degli interventi utili a superare le circostanze di imminente pericolo, previa verifica mediante sopralluogo e redazione di apposita relazione da parte dei tecnici incaricati. Ha segnalato, altresì, di essere intervenuta anche di recente in seguito a segnalazioni di pericolo, effettuando gli interventi di somma urgenza sia sul fiume Tanagro sia sui canali immissari. In particolare ha evidenziato che nel comune di Sassano si è intervenuti prontamente per la sistemazione della vasca Cappuccini, importante invaso con funzioni di laminazione, mediante la rimozione dei materiali litoidi accumulatisi.

Alla luce delle informazioni esposte, per quanto di competenza, si rassicura comunque che il Ministero continuerà a svolgere la propria attività di monitoraggio, senza ridurre in alcun modo il livello di attenzione sulla questione.

*Il Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare*

COSTA

(27 febbraio 2019)

---

PILLON, CENTINAIO, ARRIGONI, AUGUSSORI, BAGNAI, BARBARO, BERGESIO, BONFRISCO, BORGHESI, BORGONZONI, BOSSI Simone, BOSSI Umberto, BRIZIARELLI, BRUZZONE, CALDEROLI, CAMPARI, CANDIANI, CANDURA, CANTU', CASOLATI, DE VECCHIS, FAGGI, FERRERO, FREGOLENT, IWOBI, MARIN, MARTI, MONTANI, NISINI, OSTELLARI, PAZZAGLINI, PELLEGRINI Emanuele, PEPE, PERGREFFI, PIANASSO, PIROVANO, PISANI Pietro, PITTONI, PIZZOL, PUCCIARELLI, RIPAMONTI, RIVOLTA, ROMEO, RUFÀ, SALVINI, SAPONARA, SAVIANE, SBRANA, SIRI, SOLINAS, STEFANI, TESEI, TOSATO, VALLARDI, VESCOVI, ZULIANI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

in data 28 marzo 2018 sul quotidiano "La Verità" è stato pubblicato un articolo a firma di Marianna Baroli intitolato: "Via libera in Italia alla prescrizione della pillola per cambiare il sesso". In tale articolo si dava atto che l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) avrebbe annunciato ufficialmente la possibilità di somministrare farmaci a base di triptorelina gratuitamente, a carico del Servizio sanitario nazionale, anche ai minori che manifestino «il contestato "disturbo dell'identità di genere"». Tale molecola era fino ad oggi



utilizzata per la cura di alcuni tumori, dei fibromi e dell'endometriosi e per ritardare la pubertà precoce;

altri organi di stampa *online* tra cui "il Giornale" e il "Quotidiano" hanno ripreso la notizia senza tuttavia pubblicare il provvedimento ufficiale dell'AIFA;

tra le controindicazioni della triptorelina risultano: osteoporosi, depressione, infertilità femminile, malattia policistica dell'ovaio;

a giudizio degli interroganti l'esposizione del minore al rischio di tali effetti collaterali, comprensibile se controbilanciata dal tentativo di curare patologie oncologiche, risulta di difficile giustificazione se bilanciato dal semplice dubbio circa la propria identità sessuale;

tra l'altro, un'altissima percentuale di minori che abbiano inizialmente manifestato dubbi circa la propria identità sessuale, si sono poi naturalmente allineati al proprio sesso biologico, con il semplice maturamento del processo di crescita, come autorevolmente riconosciuta dalla letteratura scientifica in materia;

secondo coloro che si sono fatti promotori di tale richiesta di autorizzazione, l'impiego del principio attivo per curare la disforia di genere sarebbe "un cruciale intervento precoce, volto a limitare possibili atti di bullismo omotransfobico e di isolamento sociale"; tale affermazione tuttavia pare agli interroganti davvero un paradosso ed evidenzia una discrasia sul piano educativo, visto che si tenta di contrastare il fenomeno del bullismo elidendo farmacologicamente le differenze biologiche, quando sarebbe utile e opportuno educare ad accogliere e rispettare le differenze stesse;

ai sensi dell'art. 32, comma primo, della Costituzione, "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e spetta dunque al Ministro della salute compiere tutte le attività necessarie a che la salute dei cittadini, e specialmente dei minori, sia costantemente garantita e tutelata in ogni modo,

si chiede di sapere

se corrisponda al vero che l'AIFA ha autorizzato l'uso di farmaci a base di triptorelina per l'utilizzo e la somministrazione gratuita, a carico del Servizio sanitario nazionale, anche su pazienti minorenni per il trattamento della disforia di genere;

quali siano le evidenze scientifiche e gli studi che avrebbero supportato tale autorizzazione;

se si ritenga prioritario destinare importanti risorse pubbliche per un farmaco potenzialmente dannoso per la salute dei minori;

quali siano i provvedimenti che il Ministro in indirizzo intenda adottare per tutelare il diritto dei genitori a educare la prole e il diritto alla salute dei cittadini, e particolarmente dei minori, nel rispetto degli artt. 30 e 32 della Costituzione.

(4-00110)

(29 maggio 2018)

RISPOSTA. - In merito alla questione l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha precisato quanto segue.

Riguardo all'uso di farmaci a base di triptorelina per l'utilizzo e la somministrazione gratuita, a carico del Servizio sanitario nazionale, anche su pazienti minorenni per il trattamento della disforia di genere, l'Agenzia assicura che non ha, ad oggi, emesso alcun provvedimento autorizzativo. Al riguardo, l'AIFA ha evidenziato che alcune società scientifiche hanno chiesto l'inserimento della triptorelina nell'elenco istituito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, per il suo impiego *off-label* in casi selezionati.

La commissione tecnico scientifica dell'AIFA (CTS), nella seduta del 12-14 febbraio 2018, ha espresso parere favorevole al richiesto inserimento "per l'indicazione in soggetti adolescenti allo stadio di Tanner 2-3, in considerazione dell'efficacia e dei benefici in termini globali rispetto ai diversi aspetti della DG [disforia di genere] in adolescenza, della sicurezza, dell'assenza di terapie alternative più efficaci e/o sicure, e della reversibilità del percorso terapeutico in caso di cambiamento sulla decisione di rassegnazione di genere".

La stessa Agenzia, proprio in un'ottica di massima tutela della salute e di salvaguardia dell'equilibrio psicofisico del gruppo di pazienti interessati all'uso del medicinale, ha ritenuto opportuno chiedere (ancor prima dell'adozione di qualsivoglia determinazione circa l'inserimento della triptorelina nell'elenco dei farmaci utilizzabili *off-label* ai sensi della legge n. 648 del 1996, con imputazione dei relativi costi al Servizio sanitario nazionale) un parere al Comitato nazionale per la bioetica in merito alle possibili implicazioni etiche dell'utilizzo del farmaco per il trattamento di pazienti adolescenti affetti da disforia di genere.

L'Agenzia evidenzia che l'eventuale inserimento del medicinale nell'elenco di cui alla legge non costituirebbe in alcun modo un'autorizzazione all'immissione in commercio per l'uso specificato, e che comunque, in

detti casi, la somministrazione rimane un atto sanitario, da ricondurre alle condizioni d'uso specificate, con assunzione di responsabilità da parte del medico prescrittore.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(4 marzo 2019)

---

RIZZOTTI, GALLONE, MALLEGNI, TOFFANIN, MOLES, AIMI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

le malattie croniche sono, purtroppo, in aumento in Italia e rappresentano la gran parte delle patologie oggi curabili grazie ai farmaci innovativi;

la prescrizione di alcune classi dei farmaci innovativi è inibita ai medici di medicina generale;

in conseguenza, costoro non hanno accesso all'informazione scientifica relativa ai farmaci innovativi;

con l'attività di informazione scientifica e grazie alla collaborazione con gli specialisti, i medici di medicina generale saranno invece nelle condizioni di stratificare la popolazione diabetica per gravità e trattare con i farmaci di nuova generazione solo quei pazienti che realmente ne necessitano secondo rigorosi criteri di appropriatezza;

l'impossibilità per i medici di medicina generale di prescrivere i farmaci innovativi limita la disponibilità di trattamenti ad alternative terapeutiche con livelli di efficacia inferiore, con danni incalcolabili alla salute per larga parte dei pazienti cui è, in conseguenza, precluso l'accesso ad una cura adeguata per patologie importanti come, ad esempio, il diabete e le malattie cardiovascolari;

le comorbilità cardiovascolari nei diabetici sono in grado di aumentare di 2-3 volte il rischio di insufficienza cardiaca, e di ridurre l'aspettativa di vita anche fino a 5-15 anni;

premessi, inoltre, che:

la difficoltà per le persone affette da una malattia cronica di rivolgersi al proprio medico di famiglia con la certezza di poter accedere alle migliori terapie disponibili obbliga i pazienti a ricorrere allo specialista per

avere l'indicazione del piano terapeutico con conseguente impatto sul percorso di cura del paziente;

tra i pazienti affetti da patologie croniche, quelli affetti da diabete sono tra i più colpiti dalla vigente modalità di accesso alle cure e spesso, non potendo ricorrere continuativamente allo specialista, talora anche a causa degli elevati oneri e tempi di attesa, sono costretti a rinunciare a curarsi o a curarsi con farmaci meno efficaci ma prescrivibili dal medico di base;

la difficoltà di accedere alle cure tramite il Servizio sanitario nazionale, anche a causa dei lunghi tempi di attesa per le visite specialistiche, danneggia la vita delle persone più anziane, con difficoltà di movimento, così come quella dei pazienti in età da lavoro che non riescono a conciliare gli impegni lavorativi con la necessità di assentarsi dal lavoro per recarsi più volte dallo specialista;

considerato che:

in particolare, i farmaci antidiabetici orali maggiormente prescritti in Italia, nonostante numerosi studi scientifici che ne evidenziano i limiti di sicurezza e tollerabilità, risultano essere le su/glinidi; le ragioni di questo dato sono da ricercarsi nel fatto che ai medici di medicina generale, in Italia, è preclusa la prescrizione delle terapie innovative e di comprovata efficacia e sicurezza come i DPP-4, i GLP1 e gli SGLT2;

ciò si traduce in un danno per la salute per i numerosi pazienti diabetici che in prima istanza si rivolgono al loro medico di fiducia per la cura della patologia loro diagnosticata;

con lettera datata 1° febbraio 2018, indirizzata al direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), il Ministro della salute *pro tempore* Beatrice Lorenzin ha evidenziato come l'estensione al medico di medicina generale della prescrivibilità di terapie di comprovata efficacia e sicurezza, presenti sul mercato da anni, "permetterebbe un accesso più appropriato e tempestivo alle terapie per i pazienti cronici, spesso fragili dal punto di vista socio-sanitario". Con tale missiva è stato dunque chiesto di individuare nel dettaglio le patologie ed i trattamenti oggetto di tale ampliamento;

considerato, inoltre, che:

l'Italia è l'unico Paese europeo in cui non è consentita la prescrizione di queste classi di farmaci di nuova generazione da parte dei medici di medicina generale, e questo ha consentito negli altri Paesi un più appropriato uso delle risorse, potendo identificare precisamente i pazienti che più ne abbiamo bisogno;

il trattamento dei pazienti con i farmaci di nuova generazione comporta anche vantaggi economici e gestionali legati, per esempio, alla minore incidenza di eventi avversi o complicanze;

le ragioni di maggior sicurezza, efficacia e disponibilità dei farmaci innovativi, particolarmente di quelli per la cura del diabete, nonché gli evidenti vantaggi economici, rendono non più differibile, in ragione soprattutto del benessere dei pazienti, un intervento immediato per consentire la prescrizione di detti farmaci ai medici di medicina generale;

rilevato che:

nella primavera 2017 è ripreso, dopo un periodo di stallo, il confronto fra i rappresentanti dei medici di medicina generale e l'AIFA per meglio definire il ruolo della medicina generale e la presa in carico dei pazienti cronici;

l'AIFA ha convenuto sulla necessità di coinvolgerli nel trattamento delle patologie croniche in sinergia con i medici specialisti;

è opportuno che l'ampliamento della prescrivibilità copra tutte le classi di farmaci di nuova generazione per il trattamento del diabete, in particolare quelli che, come nel caso delle glifozine, hanno dimostrato particolare efficacia nella riduzione degli eventi cardiovascolari in pazienti diabetici;

preso atto che:

la medicina di famiglia e la farmacia del territorio sono uno dei punti di riferimento del Servizio sanitario nazionale nonché un prezioso presidio sanitario capillarmente diffuso sull'intero territorio nazionale;

consentire ai medici di medicina generale di effettuare la prescrizione di farmaci innovativi regolarmente reperibili presso le farmacie del territorio permetterebbe anche ai cittadini che vivono in aree periferiche, interne o disagiate di avere accesso ai farmaci innovativi che, in caso contrario, rimarrebbero appannaggio esclusivo dei cittadini più abbienti e residenti nelle aree del Paese più ricche e modernizzate;

consentire ai medici di medicina generale di effettuare la prescrizione di farmaci innovativi permetterebbe, inoltre, a ciascun paziente di limitare le visite specialistiche all'effettivo bisogno clinico; tale opzione garantirebbe, pertanto, la riduzione dei tempi di attesa e dei costi a carico di ciascun paziente e, da ultimo, assicurerebbe prossimità e continuità al percorso assistenziale e alla presa in cura dei pazienti medesimi;

è necessario rivedere gli attuali percorsi assistenziali a favore di un maggior ruolo della medicina generale e della farmacia del territorio imperniati sulla formazione e sulla capacità prescrittiva e dispensativa,

si chiede di sapere:

quali siano le valutazioni del Ministro in indirizzo riguardo alle problematiche esposte;

se ritenga di dover intervenire in tempi rapidi, nei modi e con i mezzi che riterrà più opportuni, al fine di consentire una rapida ma accurata revisione degli attuali percorsi assistenziali in modo da assegnare un ruolo maggiore ai medici di medicina generale, sia nel campo della formazione che nella capacità prescrittiva dei farmaci più innovativi e di presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, in special modo i pazienti diabetici.

(4-00286)

(26 giugno 2018)

RISPOSTA. - La questione è già da tempo all'attenzione del Ministero della salute e, in particolare, dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA). L'Agenzia, cui è stato affidato il compito di approfondire il tema, ha inteso rappresentare che al fine di analizzare le condizioni per attuare un ampliamento della facoltà per i medici di medicina generale di prescrivere farmaci innovativi per il trattamento delle patologie croniche diabete di tipo 2 e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono stati istituiti, nel suo seno, due gruppi di lavoro.

In sintesi: il gruppo di lavoro BPCO, istituito nel luglio 2017, è composto da rappresentanti delle seguenti associazioni: Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (SIMG), Società italiana di pneumologia (SIP), Associazione italiana pneumologi ospedalieri (AIOP), Cittadinanzattiva, Federanziani, Senior Italia; il gruppo di lavoro diabete di tipo 2, insediato il 29 novembre 2017, è composto da rappresentanti delle seguenti associazioni: Associazione medici diabetologi (AMD), Società italiana di diabetologia (SID), Società italiana di endocrinologia (SIE), Diabete Italia, Federazione associazione nazionale diabetici (FAND), Federazione diabete Emilia-Romagna, Federazione diabete forum.

Attualmente, la classe di farmaci antidiabetici per cui l'AIFA sta prevedendo l'ampliamento prescrittivo da parte dei medici di medicina generale, è la classe DPP4 (inibitori dei DPP4), per la quale è in corso di elaborazione un piano terapeutico elettronico (*web-based*), compatibile con i

*software* prescrittivi maggiormente utilizzati dai medici, volto a monitorare l'aderenza terapeutica e la riduzione dei tempi di accesso alle cure.

A tal riguardo, si segnala che il 29 maggio 2018 si è svolto un incontro con FIMMG, SIMG e aziende produttrici di cartelle cliniche, al fine di valutare e definire gli aspetti tecnici del progetto medici di medicina generale-piattaforma *web-based*. A seguito di tale incontro è stato definito un piano di lavoro per il piano terapeutico *web-based*, tuttora in fase di definizione.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(4 marzo 2019)

---

ROJC. - *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* - Premesso che a quanto risulta all'interrogante:

l'amministrazione di Monfalcone (Gorizia), come riportato da alcuni servizi di stampa, ha deciso di tagliare dalla "mazzetta" dei quotidiani per il servizio emeroteca della biblioteca comunale, le testate "Avvenire" e "il manifesto";

il sindaco avrebbe motivato tale scelta "perché troppo onerosa rispetto al numero ristretto di lettori";

all'indomani della decisione dell'amministrazione comunale, un gruppo di cittadini, spontaneamente e autonomamente, decide di autofinanziarsi e di fare una donazione alla stessa biblioteca, ripristinando gli abbonamenti ai due quotidiani, consentendo in tal modo ai cittadini-utenti di riavere il servizio precedentemente tagliato, senza alcun onere a carico del comune;

inspiegabilmente, nonostante tale atto spontaneo da parte della comunità monfalconese, i quotidiani, seppur recapitati correttamente presso la biblioteca, non vengono però messi a disposizione del pubblico, in quanto "l'abbonamento non sarebbe stato sottoscritto con l'amministrazione comunale";

l'associazione "Articolo 21" ha commentato tale decisione come un atto di "intolleranza grave e negazione della libertà di stampa come previsto dalla Costituzione, che si fonda proprio sulla libera circolazione delle opinioni e delle idee";

il direttore di "Avvenire" parla apertamente di "censura", sostenendo che non è un caso che vengano presi di mira questi due quotidiani, che sono quelli che contrastano maggiormente lo spirito dei tempi;

il presidente nazionale dell'ordine dei giornalisti parla di «episodio oscurantista che mette i brividi...così è proprio voler "bruciare" i giornali»;

per il presidente dell'Assostampa del Friuli-Venezia Giulia "se un'istituzione pubblica si mette a censurare dei giornali, andando a decidere cosa il cittadino può e deve leggere, è un ulteriore segnale di una stagione brutta che stiamo vivendo";

secondo il presidente regionale dell'ordine dei giornalisti "tagliare l'informazione non è mai una cosa positiva, tanto più da parte di una biblioteca che dovrebbe avere il compito di favorire la cultura e l'informazione";

anche secondo l'interrogante la decisione del sindaco di Monfalcone, non nuovo a trovate inquietanti, risulta essere deplorabile e arbitraria, figlia di un clima grave nei confronti della libertà di stampa e di informazione, che non va sottovalutato,

si chiede di sapere:

sulla base di quali disposizioni sia stato impedito ai cittadini di Monfalcone di poter accedere all'interno dell'emeroteca comunale alla lettura delle due testate, il cui abbonamento è stato sottoscritto come atto di donazione da parte dei cittadini al proprio Comune;

se il Presidente del Consiglio dei ministri intenda attivarsi nel rispetto della Costituzione, affinché l'amministrazione comunale ripristini la consultazione delle testate tagliate, consentendone la lettura a chi lo volesse.

(4-00622)

(2 ottobre 2018)

RISPOSTA. - Si premette che dalle informazioni assunte per il tramite della Prefettura di Gorizia è emerso che i quotidiani "il manifesto" e "Avvenire" sarebbero comunque stati resi disponibili alla lettura del pubblico interessato non presso le sale di lettura della biblioteca comunale, ma accedendo all'ufficio per le relazioni con il pubblico, sempre all'interno del palazzo municipale. Pertanto non risulta essere stata preclusa la fruizione dei due quotidiani.



In ogni caso si rileva come il Presidente del Consiglio dei ministri non sia titolare, nel caso di specie, di poteri direttivi o impositivi nei confronti delle amministrazioni comunali o di altri enti territoriali minori, titolari in via esclusiva di piena autonomia politica nell'ambito dell'unità complessiva espressione della Repubblica. Invero, a seguito di riforma costituzionale ed in applicazione dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, tutte le funzioni dell'amministrazione pubblica sono assegnate all'amministrazione locale, salvo che non vi sia l'esigenza di unificarne l'esercizio ad un livello più elevato. Pertanto l'invocata attivazione del Presidente del Consiglio dei ministri a che "l'amministrazione comunale ripristini la consultazione delle testate tagliate, consentendone la lettura a chi lo volesse", è da ritenersi inammissibile a Costituzione vigente.

Si coglie tuttavia l'occasione per ribadire come il Governo ritenga la circolazione delle idee presupposto della democrazia ed in particolare ritenga la libertà di manifestazione del pensiero "pietra angolare" del sistema democratico. La libertà di espressione deve essere garantita a tutti e tutti possono liberamente esprimere il proprio pensiero; ciò in ossequio al principio costituzionale posto a garanzia del pluralismo cui sono conformati tutti gli spazi pubblici.

Questa compagine governativa è ben consapevole che la libertà di manifestazione del pensiero si declina, anche, come libertà di informazione, inteso come diritto dei cittadini ad essere informati e, piace sottolineare, correttamente informati.

Per questo motivo il Governo ritiene che le iniziative come quelle assunte da istituzioni, enti locali, circoli, associazioni pubbliche e private che mettono a disposizione dell'utenza quotidiani e periodici ed altri prodotti editoriali, in forma cartacea o digitale, concorrano in modo significativo a rendere effettivo il diritto all'informazione.

*Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri*

CRIMI

(28 febbraio 2019)

---

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

da quanto risulta all'interrogante, il punto nascita di Cavalese (Trento) è stato protagonista di una complessa vicenda, a causa di vincoli burocratici diversi, sorti ad ogni tentativo di procedere ad una riapertura;

in origine, il Ministero della salute aveva riconosciuto la specificità del territorio, concedendo la deroga alla soglia dei 500 parti annui. Mancava, tuttavia, il numero minimo di professionisti per garantire il funzionamento 24 ore al giorno del reparto. A tal proposito si è provveduto ad ottemperare alle richieste ministeriali;

nei giorni scorsi, si è appreso come la lettera del Ministero in risposta alle richieste provinciali per l'ospedale di Cavalese renda noto che "condizione necessaria per la riapertura del Punto Nascite è la presenza non solo di una seconda sala parto sempre pronta e disponibile H24 per le emergenze ostetriche del blocco travaglio/parto, ma anche di una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze H24 nel blocco travaglio/parto";

alla luce di quanto dichiarato dal Ministero, secondo il quale la riapertura del punto nascita è subordinata alla predisposizione della seconda sala parto e della sala operatoria, appare impossibile realizzare la riapertura immediata del punto nascita di Cavalese come promesso dalla Provincia di Trento;

considerati la distanza della valle di Fassa dal capoluogo trentino, la morfologia del territorio, le condizioni climatiche nonché il traffico turistico, i 100 chilometri per raggiungere l'ospedale diventano un rischio serio per la sicurezza delle partorienti e dei nascituri,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo, essendo a conoscenza della situazione, intenda predisporre tutte le misure necessarie per prevedere una deroga alla temporanea assenza delle sale operatorie richieste per il mantenimento in attività del punto nascita di Cavalese, al fine di tutelare il bene primario della salute dei cittadini ed i medici che erano stati assunti in prospettiva di una riapertura del punto nascita ad aprile 2018.

(4-00009)

(24 marzo 2018)

RISPOSTA. - Come correttamente riferito, il parere favorevole alla deroga per il punto nascita di Cavalese, espresso dal Comitato percorso nascita nazionale il 22 giugno 2016, è stato condizionato essenzialmente al completamento dell'organico del punto nascita, in modo da garantire assistenza 24 ore su 24 alle partorienti da parte di tutte le figure professionali (neonatologo, anestesista, ginecologo, ostetrica) previste con l'accordo del 16 dicembre 2010. Tale elemento è stato considerato, infatti, prioritario e vincolante per garantire la sicurezza materno-neonatale. A distanza di 6 mesi dalla formulazione del parere, il Comitato ha richiesto una relazione sullo

stato dell'arte delle azioni per superare i disallineamenti organizzativi riscontrati e, nella relazione trasmessa dalla Provincia autonoma di Trento, predisposta a firma del responsabile dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, sono state riferite difficoltà oggettive di reperimento del personale, soprattutto di pediatri.

In base a tale dichiarazione, il Comitato ha stabilito la decadenza del parere favorevole alla persistenza del punto nascita di Cavalese, in quanto l'assistenza pediatrico-neonatologica in guardia attiva sulle 24 ore è stata considerata elemento irrinunciabile, specie in funzione di eventuali emergenze neonatologiche.

Il 15 dicembre 2017, la Provincia autonoma ha inviato al Comitato una lettera in cui, facendo riferimento alla decadenza del parere favorevole alla persistenza in deroga del punto nascita di Cavalese, avanzava la proposta di superare tale criticità e riaprire il punto nascita (che nel frattempo è stato chiuso) mediante l'utilizzo di specialisti esterni, ginecologi e pediatri. Il Comitato nazionale, valutata la nota della Provincia, ha ritenuto attuabile il ricorso a specialisti esterni, raccomandando che la scelta dei professionisti avvenga sulla base di solida competenza ed esperienza. Nel contempo, il Comitato, facendo riferimento alle criticità strutturali presenti nel punto nascita di Cavalese, ha sollecitato la predisposizione di una seconda sala parto sempre pronta e disponibile sulle 24 ore per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto e la predisposizione di una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze sulle 24 ore nel blocco travaglio-parto, come previsto dall'accordo del 16 dicembre 2010. Per entrambe, come dichiarato dall'Assessorato provinciale, è stato già predisposto il progetto.

La possibilità offerta dal Comitato nazionale alla Provincia autonoma di Trento di sanare le criticità strutturali e organizzative, con particolare riguardo alla predisposizione della seconda sala parto e della sala operatoria (da effettuarsi a struttura chiusa), va esattamente nella direzione di tutelare la qualità e la sicurezza materno-neonatale, vigilando che tutti i requisiti in tal senso siano rispettati.

Infine, si rappresenta che il Comitato supporta ed affianca le Regioni nel realizzare tutte le possibili azioni atte a riorganizzare la rete dei punti nascita; tuttavia, poiché i pareri espressi dal Comitato sono consultivi, qualora le Regioni e le Province autonome, nell'espressione della propria autonomia amministrativo-gestionale optassero per scelte programmatiche che non tengano conto di quanto pattuito con l'accordo del 16 dicembre 2010 e del conseguente parere espresso dal Comitato nazionale, ne hanno piena facoltà, assumendosi la responsabilità di garantire efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza, nonché qualità e sicurezza per la madre ed il neonato.

Si fa presente che sul tema dei punti nascita è in atto una riflessione sull'opportunità di operare una rimodulazione della rete, che tenga conto, prima di ogni altro aspetto, della sicurezza delle donne e dei bambini, oltre che della qualità dell'intero percorso nascita. Tale necessità scaturisce, in particolare, dalla consapevolezza che nei quasi 10 anni di vigenza del citato accordo siano mutate alcune importanti circostanze obiettive. Innanzitutto, il *trend* delle nascite, che si prevede stabile per i prossimi anni, è stato segnato da una significativa riduzione: dai circa 580.000 nati nel 2009 a circa 458.000 nel 2017, con un calo del 21 per cento. Questa forte denatalità, che investe tutto il Paese dal Nord al Sud, unitamente a un'oggettiva carenza di professionisti di ambito materno-neonatale, sta cambiando in modo importante lo scenario del nostro territorio, obbligando a una riflessione su alcuni elementi caratterizzanti l'accordo del 2010, ferma restando la necessità di mantenere invariato il paradigma organizzativo finalizzato alla sicurezza ed alla qualità dell'offerta per la donna e per il neonato.

Da altro punto di vista, sempre in questi stessi anni, è significativamente migliorata la capacità delle istituzioni (Regioni e Ministero) di raccogliere dati ed elementi di misura sui processi assistenziali e sui risultati clinici.

La coincidenza di questi due elementi (denatalità e ampia disponibilità di dati epidemiologici) potrà, dunque, consentire al Ministero, con l'ausilio del Comitato nazionale e in condivisione con le Regioni, di ridisegnare l'architettura della rete dei punti di offerta, ospedalieri e territoriali, nell'ambito materno-infantile. Partendo dai dati dei flussi correnti, mediante analisi statistico-epidemiologiche, si potranno infatti definire, con accettabile predittività e precisione, gli elementi utili sia a individuare i principali aspetti strutturali e organizzativi dei punti nascita, che ad identificare i livelli assistenziali necessari per disegnare una rete di offerta ottimale per l'assistenza alle donne e ai neonati proiettata alla qualità e alla sicurezza.

Inoltre, tenendo conto che le fasi del *pre e post partum* sono momenti altrettanto delicati quanto la fase del parto, si procederà, a completamento della revisione dell'accordo, a definire gli elementi di supporto all'organizzazione della rete territoriale al fine di creare un forte collegamento circolare territorio-ospedale-territorio.

Si confida, dunque, che questo cambiamento di prospettiva, che potrà essere condiviso con le Regioni già in sede di rinnovo del patto per la salute, possa portare a soluzioni innovative, in grado di garantire un servizio di massima prossimità, pur in un regime di invariata attenzione alla sicurezza delle donne e del nascituro.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(1° marzo 2019)

TOTARO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che, con riferimento alla grave questione dei risarcimenti danni da trasfusione di sangue infetto, risulta che il Ministero della salute stia provvedendo a ristorare in via prioritaria quei cittadini che, una volta ottenuta la sentenza di condanna a carico dell'ente, a fronte dell'inadempienza di quest'ultimo, abbiano optato per il giudizio di ottemperanza di fronte al Tar, invece di proseguire nell'azione di espropriazione forzata in sede civile;

considerato che:

il ricorso al giudizio di ottemperanza comporta comunque un aggravio di spese a carico del Ministero e dunque delle finanze pubbliche;

l'articolo 5-ter del "decreto vaccini", di cui al decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, autorizza il Ministero della salute ad avvalersi di un contingente suppletivo fino a 2 unità di personale comandato appartenente all'area III del comparto Ministeri, proprio al fine di definire con celerità le procedure finalizzate al ristoro, tra l'altro dei soggetti danneggiati da trasfusioni con sangue infetto,

si chiede di sapere:

se al Ministro in indirizzo risulti accertata la circostanza descritta, che costituirebbe motivo di grave disparità fra i cittadini;

quali iniziative intenda promuovere al fine di garantire a tutti i cittadini il doveroso risarcimento del danno in tempi eguali per tutti e parimenti ragionevoli, realizzando un contenimento dei costi;

se abbia già provveduto all'individuazione delle 20 unità di personale e se questo sia stato messo nella condizione di svolgere la delicata funzione per la quale è stato selezionato.

(4-01014)

(12 dicembre 2018)

RISPOSTA. - Per far fronte alle richieste crescenti di risarcimento dei danni derivati dall'uso di sangue e emoderivati infetti o da vaccinazioni, con decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017, è stato istituito, presso

la Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure, l'ufficio "Risarcimento danni alla salute" che si occupa di: "contenzioso in materia di risarcimento danni da trasfusione con sangue infetto, somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazione e gestione delle relative procedure transattive, liquidazione delle sentenze di condanna a favore dei soggetti danneggiati da trasfusione con sangue infetto, da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazione".

L'ufficio, dalla sua entrata in attività, ha iniziato a liquidare, seguendo l'ordine cronologico di notifica, le sentenze di condanna al risarcimento dei danni passate in giudicato; si precisa che tali sentenze si riferivano all'anno 2011 e successivi e che, attualmente, si è pervenuti alla liquidazione di quelle notificate nel 2012.

Contestualmente l'ufficio, solo su richiesta di controparte, stipula transazioni per chiudere altre controversie in atto, evitando così il giudizio di ottemperanza dinanzi al TAR e, quindi, diminuendo l'aggravio di spesa a carico del Ministero della salute e delle finanze pubbliche.

Inoltre, sempre in ordine cronologico, l'ufficio liquida le sentenze conseguenti al giudizio di ottemperanza dinanzi al giudice amministrativo. Pertanto, può ritenersi esclusa una disparità di trattamento.

Inoltre, sempre nell'ottica di supportare l'attività, il Ministero ha richiesto, ed è stato autorizzato per gli anni 2017 e 2018, dall'art. 5-ter della legge 31 luglio 2017, n. 119, ad avvalersi di personale in posizione di comando, fino a 20 unità, da individuare prioritariamente tra quello in possesso di professionalità giuridico-amministrativa ed economico-contabile. Di questo personale, al momento attuale, nonostante il carattere obbligatorio del comando, questo dicastero ha potuto avvalersi soltanto di 16 unità, perché non tutte le amministrazioni hanno dato il nulla osta ai comandi richiesti. L'ufficio, attualmente, presenta un organico numericamente sottodimensionato rispetto ai compiti da svolgere, nonostante gli sforzi posti in essere dal personale in servizio. Da ultimo, si ricorda che la legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio per il 2019), ha confermato la misura relativa ai comandi citati per gli anni 2019-2020.

*Il Ministro della salute*

GRILLO

(4 marzo 2019)

---