



Assemblea

RESOCONTO STENOGRAFICO

ALLEGATI

ASSEMBLEA

449^a seduta pubblica
mercoledì 6 luglio 2022

Presidenza del vice presidente La Russa,
indi del vice presidente Rossomando

INDICE GENERALE

<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i>	5
<i>ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta)</i>	49
<i>ALLEGATO B (contiene i testi eventualmente consegnati alla Presidenza dagli oratori, i prospetti delle votazioni qualificate, le comunicazioni all'Assemblea non lette in Aula e gli atti di indirizzo e di controllo)</i>	93

INDICE

RESOCONTO STENOGRAFICO

SULL'ORDINE DEI LAVORI

PRESIDENTE.....	5
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	5
ROMEO (<i>L-SP-PSd'Az</i>).....	5
MALPEZZI (<i>PD</i>).....	6
GALLONE (<i>FIBP-UDC</i>).....	6
DE PETRIS (<i>Misto-LeU-Eco</i>).....	6

MOZIONI

Discussione delle mozioni 1-00487 e 1-00504 sul piano oncologico nazionale

Approvazione dell'ordine del giorno G1 (testo 2):

PRESIDENTE.....	7, 14, 17, 18, 30
BINETTI (<i>FIBP-UDC</i>).....	7, 17, 25
MAUTONE (<i>Ipf-CD</i>).....	7, 19
CONZATTI (<i>IV-PSI</i>).....	9
IORI (<i>PD</i>).....	9
STABILE (<i>FIBP-UDC</i>).....	11
CANTÙ (<i>L-SP-PSd'Az</i>).....	12
CASTELLONE (<i>M5S</i>).....	13
FREGOLENT (<i>L-SP-PSd'Az</i>).....	14, 18, 27
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	14
LANIECE (<i>Aut (SVP-PATT, UV)</i>).....	18
PARENTE (<i>IV-PSI</i>).....	20
CALANDRINI (<i>FdI</i>).....	21
BOLDRINI (<i>PD</i>).....	23
ERRANI (<i>Misto-LeU-Eco</i>).....	24
MARINELLO (<i>M5S</i>).....	29

Discussione e approvazione delle mozioni 1-00484, 1-00495, 1-00499 e 1-00507 sulla candidatura italiana per la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo:

PRESIDENTE.....	30, 31, 40
GUERRA, <i>sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze</i>	31
DONNO (<i>Ipf-CD</i>).....	31
CUCCA (<i>IV-PSI</i>).....	33
URSO (<i>FdI</i>).....	34
MIRABELLI (<i>PD</i>).....	35
GRASSO (<i>Misto-LeU-Eco</i>).....	36
MODENA (<i>FIBP-UDC</i>).....	37
PELLEGRINI EMANUELE (<i>L-SP-PSd'Az</i>).....	38
PIARULLI (<i>M5S</i>).....	40

INTERVENTI SU ARGOMENTI NON ISCRITTI ALL'ORDINE DEL GIORNO

BOSSI SIMONE (<i>L-SP-PSd'Az</i>).....	41
ANGRISANI (<i>UpC-CAL-Alt-PC-AI-Pr.SMART-IdV</i>).....	42
MATRISCIANO (<i>M5S</i>).....	43
LAUS (<i>PD</i>).....	44
MAUTONE (<i>Ipf-CD</i>).....	45
LONARDO (<i>Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC))</i>).....	46
DE BONIS (<i>FIBP-UDC</i>).....	46

ORDINE DEL GIORNO PER LA SEDUTA DI GIOVEDÌ 7 LUGLIO 2022.....

ALLEGATO A

MOZIONI..... 49

Mozioni sul piano oncologico nazionale..... 49

Ordine del giorno..... 59

Mozioni sulla candidatura italiana per la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo..... 85

ALLEGATO B

INTERVENTI

Integrazione alla dichiarazione di voto della senatrice Donno sulle mozioni 1-00484, 1-00495, 1-00499 e 1-00507..... 93

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA..... 95

CONGEDI E MISSIONI..... 105

COMMISSIONI PERMANENTI

Variazioni nella composizione..... 105

DISEGNI DI LEGGE

Annuncio di presentazione..... 105

GOVERNO

Trasmissione di atti e documenti..... 106

ISTITUTO PER LA VIGILANZA SULLE ASSICURAZIONI (IVASS)

Trasmissione di documenti. Deferimento..... 107

INTERROGAZIONI

Apposizione di nuove firme..... 107

Interrogazioni..... 107

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Insieme per il futuro - Centro Democratico: Ipf-CD; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Uniti per la Costituzione-C.A.L. (Costituzione, Ambiente, Lavoro)-Alternativa-P.C.-Ancora Italia-Progetto SMART-I.d.V.: UpC-CAL-Alt-PC-AI-Pr.SMART-IdV; Misto: Misto; Misto-ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani)): Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC)); Misto-Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano: Misto-IpI-PVU; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto+Europa - Azione: Misto+Eu-Az; Misto-ManifestA, Potere al Popolo, Partito della Rifondazione comunista-Sinistra europea: Misto-Man.A PaP PRC-Se.

RESOCONTO STENOGRAFICO

Presidenza del vice presidente LA RUSSA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 9,31*).
Si dia lettura del processo verbale.

LAFORGIA, *segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta del giorno precedente.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Comunicazioni della Presidenza

PRESIDENTE. L'elenco dei senatori in congedo e assenti per incarico ricevuto dal Senato, nonché ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

Sull'ordine dei lavori

PRESIDENTE. Informo l'Assemblea che all'inizio della seduta il Presidente del Gruppo MoVimento 5 Stelle ha fatto pervenire, ai sensi dell'articolo 113, comma 2, del Regolamento, la richiesta di votazione con procedimento elettronico per tutte le votazioni da effettuare nel corso della seduta. La richiesta è accolta ai sensi dell'articolo 113, comma 2, del Regolamento.

PRESIDENTE. Ha chiesto di intervenire il rappresentante del Governo. Ne ha facoltà.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, a nome del Governo, chiedo il rinvio della discussione delle mozioni su iniziative contro il caro energia e delle mozioni sulla crisi delle sale cinematografiche.

PRESIDENTE. Ne prendiamo atto e la ringraziamo per la comunicazione.

ROMEO (*L-SP-PSd'Az*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROMEO (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, siamo d'accordo sulla richiesta del rappresentante del Governo di rinviare la discussione sulle mozioni sul tema dell'energia e su quello delle sale cinematografiche purché la discussione di tali mozioni avvenga entro quindici giorni. È evidente che è la Conferenza dei Capigruppo a stabilire il calendario dei lavori, però ieri come Gruppi di maggioranza ci siamo sentiti e l'intenzione è quella di voler a tutti i costi trattare questi due temi entro e non oltre i prossimi quindici giorni, perché poi sappiamo bene che arriveranno dei decreti-legge e ci saranno tante urgenze. Dovremo trovare quindi il tempo di discutere le mozioni su questi due temi perché sono entrambi importanti.

Pertanto, siamo d'accordo sulla richiesta, però nella Conferenza dei Capigruppo ribadiremo l'impegno a calendarizzare la discussioni delle mozioni sui due suddetti temi entro e non oltre quindici giorni.

PRESIDENTE. Non intende quindi chiedere la votazione? Ha posto una condizione politica.

ROMEO (*L-SP-PSd'Az*). No, signor Presidente.

MALPEZZI (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MALPEZZI (*PD*). Signor Presidente, anche noi non chiediamo la votazione sulla richiesta avanzata dal Governo. Siamo d'accordo con quanto appena dichiarato dal Capogruppo della Lega, senatore Romeo. Come Capigruppo, la scorsa settimana abbiamo deciso di dare uno spazio a queste mozioni, comprendiamo la necessità di questo slittamento, ma ribadiamo la necessità - e lo faremo nella prossima Capigruppo - di porre ancora in calendario la discussione delle mozioni sull'energia e sulla crisi delle sale cinematografiche al più presto possibile, proprio perché riteniamo che il Parlamento possa esprimersi su entrambi i temi. Il mio è quindi è un intervento volto a rafforzare questa posizione.

GALLONE (*FIBP-UDC*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GALLONE (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, siamo anche noi d'accordo con la richiesta di rinvio, ma nello stesso tempo chiediamo che le mozioni sui due temi indicati vengano ricalendarizzate, come ben detto dal capogruppo Romeo, entro quindici giorni, perché sono comunque mozioni di grande valenza. Quindi, nell'accettare la richiesta di rinvio, ribadiamo la necessità che tali mozioni vengano ricalendarizzate entro quindici giorni.

DE PETRIS (*Misto-LeU-Eco*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE PETRIS (*Misto-LeU-Eco*). Signor Presidente, vorrei aggiungere, in particolare per quanto riguarda le mozioni sulle sale cinematografiche, l'auspicio che la discussione venga ricalendarizzata e avvenga con la presenza del Ministro, vista l'importanza del tema. Ma in realtà questo vale anche per la discussione delle mozioni sulla questione dell'energia. (*Applausi*).

Discussione delle mozioni nn. 487 e 504 sul piano oncologico nazionale (ore 9,39)

Approvazione dell'ordine del giorno G1 (testo 2)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00487, presentata dalla senatrice Binetti e da altri senatori, e 1-00504, presentata dalla senatrice Fregolent e da altri senatori, sul piano oncologico nazionale.

Ha facoltà di parlare la senatrice Binetti per illustrare la mozione n. 487.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, nel fascicolo depositato e a disposizione di tutti i colleghi sono contenute due mozioni sul piano oncologico nazionale, una a mia prima firma e l'altra a prima firma della collega Fregolent.

Queste mozioni sono state ritirate, perché sostituite da un ordine del giorno unitario che coinvolge tutte le forze di maggioranza e che sarà quello che desideriamo discutere ed esaminare nella seduta di oggi.

PRESIDENTE. Senatrice Binetti, la ringrazio per questa informazione. La Presidenza avrebbe senz'altro comunicato la presentazione di un ordine del giorno unitario, ma comunque va bene averlo anticipato.

Dichiaro aperta la discussione.

È iscritto a parlare il senatore Mautone. Ne ha facoltà.

MAUTONE (*lpf-CD*). Signor Presidente, in questo mio intervento desidero fare alcune considerazioni sul nuovo Piano oncologico nazionale. Nel successivo intervento che farò in dichiarazione di voto, a nome del Gruppo Insieme per il futuro-Centro Democratico, porrò l'accento su altri punti che dovranno caratterizzare questo Piano oncologico.

Signor Presidente, si stima che, entro il 2035, il cancro sarà la prima causa di morte in Europa e nel mondo. Le cifre sono inequivocabili. I dati statistici non lasciano dubbi nella loro cruda drammaticità. A fronte di 2,7 milioni di casi di tumore diagnosticati nel 2020 in Europa, abbiamo avuto 1,3 milioni di morti ed un aumento previsto del 24 per cento dei casi entro il 2035. L'Europa ha attivato azioni concrete e conseguenziali contro quella che possiamo definire una tragedia annunciata. Ha quindi realizzato il Piano oncologico europeo di lotta contro il cancro, pianificando e individuando gli obiettivi strategici da raggiungere e le relative azioni da intraprendere.

Il nostro Paese non può attendere e deve necessariamente recuperare il tempo perduto. Da qui la necessità di avere un nuovo Piano oncologico nazionale ben strutturato nelle sue multiformi sfaccettature. Occorre fare fronte comune, superare i pregiudizi e le preclusioni ideologiche e lavorare tutti insieme. (*Applausi*). Si dovrà prevedere la creazione di una cabina di regia centrale, capace di coordinare le azioni e gli interventi regionali e di rispondere alla domanda di salute dei cittadini.

Il nuovo Piano deve contenere la creazione di strutture adeguate, programmare percorsi condivisi che coinvolgano le Regioni e capillarmente i territori, elevare il livello qualitativo delle strutture, nonché potenziare le competenze e le professionalità del personale, acquisendo progressivamente nuove, moderne e sofisticate tecnologie.

Condizione imprescindibile è la necessità di offrire un maggior grado di omogeneizzazione su tutto il territorio nazionale, sia nell'approccio di *screening* che nella fase diagnostica, terapeutica e riabilitativa. Occorre realizzare la vera ricerca traslazionale, cioè il trasferimento rapido dei dati ottenuti con la ricerca e la sperimentazione nella pratica clinica. Ed è in quest'ottica che si inseriscono gli IRCCS (istituti di ricerca e cura a carattere scientifico) in cui la ricerca traslazionale trova la più avanzata applicazione.

Gli istituti di ricerca dovranno diventare sempre di più centri di eccellenza all'interno delle reti oncologiche regionali e della rete oncologica nazionale. La ricerca non deve rappresentare più la Cenerentola della nostra sanità, ma, al contrario, va potenziata e adeguatamente finanziata. I nostri ricercatori non devono essere più costretti ad emigrare all'estero dopo essersi formati nel nostro Paese.

Il nuovo Piano oncologico nazionale, adeguatamente strutturato, deve poggiare su alcuni punti fondamentali e caratterizzanti, primo fra tutti la ricerca ed in particolare la ricerca avanzata, che deve essere sempre più inserita in un contesto internazionale, con un continuo e proficuo scambio di informazioni sui risultati raggiunti.

Secondo punto importante ritengo sia la prevenzione, con *screening* oncologici capillari, adeguatamente implementati, diffusi ed accessibili a tutti i cittadini. Altro fattore determinante è costituito da un approccio terapeutico di elevato *standard* qualitativo ed in linea con i migliori livelli europei, anche attraverso l'utilizzo di apparecchiature e tecnologie più sofisticate.

Inoltre, signor Presidente, ritengo importante la riabilitazione ed i programmi riabilitativi, che consentono un adeguato *follow-up* del paziente oncologico ed il suo recupero psicofisico con un corretto reinserimento nella nostra struttura sociale e lavorativa. I presupposti ci sono tutti, basta avere le idee chiare, investire con convinzione e competenza, attuare la giusta programmazione e realizzare gli obiettivi con caparbia e volontà di fare bene.

In conclusione, signor Presidente, non devono più esistere Regioni di serie A e Regioni di serie B, ma un unico Piano oncologico nazionale. Il tumore si vince e si sconfigge solo lavorando tutti assieme. (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Conzatti. Ne ha facoltà.

CONZATTI (*IV-PSI*). Signor Presidente, in questo intervento desidero parlare delle persone che sono guarite dalla malattia del tumore. Oggi in Italia ci sono 3,6 milioni di persone che vivono con una diagnosi di tumore, un milione delle quali sono da considerarsi guarite: hanno avuto le cure, non hanno recidive e non hanno più bisogno di trattamenti. La prospettiva futura è di un numero sempre maggiore di persone che sopravvivranno e vivranno dopo una diagnosi di tumore grazie alla scienza, alla medicina e all'implementazione del piano oncologico europeo e del piano oncologico italiano oggetto di questa mozione. È molto importante, perché ancora oggi le persone guarite dal tumore sono identificate con la loro malattia. Accade perché in Italia non esiste una legge sul diritto all'oblio, cioè non esiste il diritto degli ex malati oncologici di non dare informazioni sulla propria malattia pregressa, sul tipo di tumore che hanno avuto, sulla età dell'insorgenza della malattia e quindi il diritto ad essere considerati guariti a tutti gli effetti.

Oggi in Italia gli ex malati sono discriminati, perché hanno difficoltà a stipulare contratti bancari, contratti di mutuo, contratti assicurativi e assicurativi sulla vita, perché le informazioni sulla loro pregressa malattia li identificano come clienti rischiosi. In Italia siamo nella situazione in cui le regole della matematica attuariale impediscono a persone guarite di avere i medesimi diritti di tutti gli altri cittadini. Per questo in Italia serve una legge: serve oggi approvare questa mozione e serve una legge sul diritto all'oblio. Serve anche per quanto riguarda le adozioni: molti degli ex malati hanno subito cure che li rendono sterili, eppure non abbiamo una legge adeguata che permetta loro di adottare minori senza dover superare ostacoli a volte davvero insuperabili.

Noi vogliamo che le persone guarite tornino a tutti gli effetti ad avere una vita normale: lo dice il piano oncologico europeo, lo dice la recente relazione del Parlamento europeo ed è per questo che cinque Paesi su 27 in Europa hanno già normato. La Francia è stata la prima fra tutti, già nel 2014, e ha rivisto la normativa recentemente, il 1° giugno di quest'anno, prevedendo che dopo cinque anni dal termine dei trattamenti i pazienti debbano essere considerati guariti a tutti gli effetti. Hanno normato l'Olanda, il Portogallo, il Belgio e anche l'Italia ha la possibilità di approvare una normativa. Ci sono tre disegni di legge, rispettivamente a firma Conzatti, Binetti e Boldrini, depositati in Commissione giustizia del Senato, che attendono di essere approvati, garantendo un futuro libero dallo stigma della malattia a tutte le persone che devono essere considerate guarite, che hanno sofferto, hanno combattuto contro il tumore e hanno vinto la loro battaglia con la vita. (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Iori. Ne ha facoltà.

IORI (*PD*). Signor Presidente, rappresentante del Governo, colleghe e colleghi, poco più di un anno fa questa Assemblea votò all'unanimità un ordine del giorno che impegnava il Governo ad adottare iniziative per provvedere con urgenza all'approvazione di un nuovo piano oncologico nazionale e una serie di altre importanti iniziative in materia. Ritenevamo fondamentale agire tempestivamente, data la gravità del problema. Dall'inizio della pandemia, infatti, moltissimi cittadini avevano dovuto fare i conti con le ripercussioni sul Sistema sanitario nazionale: interventi chirurgici rinviati, esami e

visite specialistiche cancellati, reparti ospedalieri che non hanno potuto far fronte alla normale attività quotidiana e oggi la diffusione della variante omicron rischia di creare una nuova pressione sugli ospedali che potrebbe produrre nuovi effetti negativi su tutto il sistema. Si tratta di quella che abbiamo definito una pandemia nella pandemia, nel senso che ha coinvolto migliaia di pazienti che avevano contratto neoplasie proprio nell'anno più drammatico che la sanità abbia mai dovuto affrontare e tante altre malattie oncologiche che non hanno potuto essere diagnosticate e curate nel modo migliore in mancanza di *screening*, prevenzione e visite di controllo per combatterle efficacemente.

In questo quadro, si sono accentuate le disuguaglianze tra i cittadini che hanno potuto accedere e ricorrere alla sanità privata e quelli che non hanno potuto accedervi. Per questo, è importante che gli impegni sottoscritti dal Governo non restino sulla carta, ma soprattutto dobbiamo constatare con rammarico che molti sono rimasti inapplicati, in particolare il Piano oncologico nazionale che solo recentemente è stato rinviato alle Regioni. Abbiamo quindi il dovere di intervenire subito, ripartendo dal Piano oncologico europeo, che prevede un finanziamento di 4 miliardi di euro destinati agli Stati membri che ne recepiranno i principi attraverso progettualità in linea e nel rispetto delle tempistiche indicate dal piano. Tra gli aumenti del fondo sanitario del PNRR, altri fondi europei ed alcune risorse vincolate da altri piani, le risorse sono state stanziare. Ora bisogna concretizzare e completare gli *iter* avviati per dare risposte tempestive e concrete ai malati oncologici colmando in primo luogo le disparità tra Regioni nel completamento delle reti oncologiche regionali. Nei prossimi mesi dovremo compiere il massimo sforzo per ridare futuro a questi malati attraverso il potenziamento delle reti territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, la modernizzazione della dotazione strumentale tecnologica, gli *screening* diagnostici, le attività chirurgiche per la radioterapia, il potenziamento della sanità digitale e tutto ciò che occorre, in sostanza, per far fronte alle diverse patologie oncologiche. Ma non dimentichiamo che questi pazienti e le loro famiglie, oltre che delle cure sanitarie, hanno bisogno di un supporto emotivo, come previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA), che li aiuti a contenere il dolore dell'anima e la fragilità di dover affrontare una malattia che mette a rischio la vita e prevede l'attraversamento di terapie dolorose. In questo senso, occorre una presa in carico multidisciplinare di ogni paziente e investire sulla medicina personalizzata e sull'assistenza territoriale, perché solo un'idea comunitaria di sanità riuscirà a garantire a tutte le persone di affrontare i loro bisogni di salute e di trovare le risposte migliori.

Ciò significa anche migliorare la relazione e il coordinamento tra l'ospedale e il territorio così da valorizzare l'assistenza territoriale e la medicina di prossimità, anche decongestionando molti accessi impropri all'ospedale e al pronto soccorso in particolare.

Concludo, quindi, sottolineando che serve intervenire sui servizi di accompagnamento dopo le terapie; il che significa, da un lato, imparare a convivere con cicatrici o profondi cambiamenti irreversibili del corpo e, dall'altro, ricostruire la propria esistenza con nuovi progetti di vita per il futuro. (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Stabile. Ne ha facoltà.

STABILE (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, colleghi, rappresentanti del Governo, tutti noi ora conosciamo - ce ne siamo resi conto - le carenze del nostro Servizio sanitario nazionale dovute ai tagli effettuati per molti anni.

Nel ricostruire il servizio sanitario, un capitolo importantissimo è rappresentato dal comparto oncologico. È importante prima di tutto perché si tratta di patologie molto frequenti - tuttora una delle prime cause di morte - e per il fatto che sono patologie sempre più prevenibili e curabili. La scienza fa veramente passi da gigante in questo campo. Da qui la necessità e l'attesa per lungo tempo di un Piano oncologico nazionale.

C'è il piano europeo; le Regioni hanno ricevuto una bozza di piano oncologico nazionale, che ovviamente prende in considerazione tutti gli aspetti dell'oncologia: dalla prevenzione, quindi, approccio *one health* - partiamo anche dall'ambiente - alla diagnosi precoce, alla cura, a tutte le tecnologie, alla riabilitazione, agli aspetti sociali, al reinserimento di cui hanno parlato anche altri colleghi.

La bozza di piano attuale affronta tutti questi aspetti. Perché, allora, le mozioni? Per due motivi fondamentali, primo tra tutti l'urgenza.

Abbiamo aspettato questo piano per lungo tempo e nel frattempo le patologie oncologiche, dopo gli anni di pandemia e tuttora, continuano a subire ritardi: nella diagnosi, cura, trattamento, spesso nessuna riabilitazione, quindi è urgente che si metta mano al problema.

Il secondo punto è la concretezza, caratteristica che non manca certamente nel Piano europeo che stabilisce risorse, finanziamenti e tempistiche, ma non si può dire lo stesso della nostra bozza di piano. È pertanto importante che si vada sul concreto, con progetti fattibili e misurabili.

Mi è venuto in mente quello di cui si discuteva circa un anno fa con le prime bozze di riforma della medicina territoriale legate al Piano nazionale di ripresa e resilienza che recavano buoni propositi, quali portare le cure il più possibile vicino all'ambiente di lavoro e di vita delle persone, ma, in realtà, a una prima lettura, si intravedeva davvero poca concretezza. Si aprivano, infatti, una serie di sportelli e di strutture senza una *vision* d'insieme, e soprattutto con scarsissima attenzione al personale.

Per chi non lo sapesse, ricordo che si prevedeva l'assunzione di soli due infermieri per ogni casa della comunità; per il resto, il sistema avrebbe dovuto lavorare in sostanza con il personale già esistente, con i medici di medicina generale addirittura in diminuzione. L'auspicio anche in questo campo è quello di riprendere la concretezza, oltre che l'urgenza, quindi, certezza dei finanziamenti, chiarezza sulle tempistiche e soprattutto - in generale, non solo per l'oncologia - riportare l'attenzione al personale.

Sappiamo che non solo i pazienti ma molti nostri medici - qualcuno mi pare lo abbia già accennato - spesso migrano, trovano condizioni di lavoro migliori altrove, spesso all'estero, perché qui sono costretti a turni massacranti, e sicuramente la pandemia ha esasperato questa condizione.

Se non si interviene anche su questi aspetti rischiamo in questo campo di trovarci con un meraviglioso documento sull'oncologia moderna, redatto

secondo i principi del *one health* - una salute che comprende l'ambiente, le persone e gli animali - ma in pratica con i cittadini che si troveranno ancora per lungo tempo a dover fare i conti con liste d'attesa di dimensioni spesso intollerabili: di settimane, di mesi, forse non per l'oncologia, ma anche di anni. (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Cantù. Ne ha facoltà.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, l'ordine del giorno in discussione rappresenta un importantissimo passo in avanti per coniugare ricerca e innovazione in oncologia con prevenzione e cura e, al contempo, per andare a colmare i ritardi accumulati in questi ultimi due anni e mezzo di pandemia negli interventi in elezione e negli *screening* con i relativi sforamenti di costi, facendo precedere tutti i rilevanti impegni richiesti al Governo sul piano oncologico nazionale con ciò che è indispensabile alla sua realizzazione: vale a dire, la messa in sicurezza economico-finanziaria delle Regioni, che debbono assicurare interventi appropriati e tempestivi in termini di risposte ai bisogni dei cittadini, in un momento di estrema vulnerabilità delle persone e delle famiglie.

L'impegno su cui incitiamo il Governo è conseguenza di ciò che era già stato da noi promosso nel mese di aprile e accolto in sede di conversione del decreto-legge n. 24, con l'approvazione unanime dell'ordine del giorno di pari argomento del maggio scorso, tuttora inattuato, posto che sin qui non si è tenuto nella dovuta considerazione il disavanzo che si è generato nelle varie Regioni durante la pandemia, stimabile in oltre cinque miliardi, anche se non tutti spesi con esiti condivisibili, ma certamente la situazione emergenziale non ha dato la possibilità alle Regioni di fare diversamente. Quindi, contrariamente ad altre occasioni, la giustificazione della richiesta sterilizzazione dei relativi costi è assorbente e non può essere disgiunta dal ripianamento e quindi dal riconoscimento di risorse adeguate.

Non da ultimo, c'è l'impatto dei maggiori costi energetici delle aziende sanitarie; lo stiamo provando tutti con il caro bollette, che sta generando un'inflazione che non si vedeva così violenta dalla fine degli anni '80. Spero che tutti conveniate e che tutti condiviate e votiate di conseguenza, non solo la maggioranza, ma opposizione compresa, di cui abbiamo avuto prova di grande responsabilità nel condividere in Commissione gli approfondimenti sui rischi valutati nell'eventuale prescrizione tecnica dei piani di rientro.

Ultimissima nota, non autocelebrativa. Vorrei richiamare l'attenzione di tutti voi su una nostra proposta di legge, a mia prima firma, per ridurre al 5 per cento l'aliquota IVA per i beni e servizi destinati alla non autosufficienza e alle fragilità (*Applausi*), al fine di favorire la domiciliarizzazione dei pazienti, sostenendo le persone e le famiglie in una logica di mutuo aiuto e di autoresponsabilità, che si alimenta dalla responsabilità dello Stato nel reperire le risorse necessarie alla tutela dei LEA e delle vulnerabilità, non solo oncologiche. Così come - concludo, Presidente - giustamente si sta discutendo di approvare l'abbattimento delle accise sui carburanti oltre un certo livello di costi. Credetemi: il sostegno delle fragilità non è meno importante. (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Castellone. Ne ha facoltà.

CASTELLONE (M5S). Signor Presidente, signor Sottosegretario, colleghi, in realtà è passato ormai più di un anno dal 13 aprile 2021, quando quest'Assemblea ha approvato all'unanimità due mozioni molto simili a quelle che stiamo discutendo oggi e che chiedevano l'attuazione del Piano oncologico nazionale. A distanza di un anno in realtà non molto è stato fatto; in quest'anno però abbiamo assistito, come hanno riportato anche i colleghi che mi hanno preceduto, a un'altra epidemia dopo quella di Covid. Mi riferisco a un'epidemia oncologica, che ha visto incrementare in maniera esponenziale l'incidenza e la diagnosi di tumori e soprattutto la diagnosi di tumori in fase avanzata. Durante la pandemia, infatti, avendo sospeso tutte le prestazioni ordinarie, abbiamo sacrificato soprattutto la prevenzione e i tanti interventi di *screening*. Nel 2020 i morti per cancro in Europa sono stati 1,3 milioni, a fronte di 2,7 milioni di nuovi casi; si stima che entro il 2035 il tumore diventi la prima causa di morte in Europa, con un incremento del 24 per cento. In Italia ogni giorno diagnosticiamo 1.000 nuovi casi di tumore; ci sono 3,6 milioni di cittadini italiani che convivono con la diagnosi di tumore e quasi un milione di persone che sono guarite da un tumore.

Oggi pertanto chiediamo non solo di adottare il Piano oncologico nazionale, ma anche di lavorare ad un piano straordinario di recupero per l'oncologia, per tutte le prestazioni oncologiche che sono state rimandate, soprattutto a partire dagli *screening* e dalla prevenzione, che in ambito oncologico continua ad essere l'arma più potente che abbiamo.

Nell'ordine del giorno unitario che abbiamo presentato, ringraziando la senatrice Binetti e tutti i colleghi della 12ª Commissione che hanno lavorato a questo testo, abbiamo voluto inserire anche un altro richiamo al Ministero della salute perché finalmente vengano emanati i decreti attuativi di quella che è stata una delle prime leggi di iniziativa parlamentare che abbiamo approvato in questa legislatura: la legge n. 29 del 2019, che istituisce la Rete nazionale dei registri tumori e che aspetta ancora i decreti attuativi. (*Applausi*). Quella legge serve ad avere finalmente un quadro dell'incidenza tumorale su tutto il territorio nazionale, per capire quali tumori ci sono in una determinata area del Paese, quindi quale *screening* e qual è la tecnica di prevenzione più adatta da offrire ai cittadini che vivono in quell'area. Se diciamo che la prevenzione è un'arma importante, dobbiamo anche fare in modo di individuare quale tipo di prevenzione va attuata nel Paese.

La pandemia ci ha mostrato chiaramente che nelle emergenze a pagare di più sono soprattutto i fragili e in questa emergenza a pagare di più tra i fragili ci sono sicuramente i tanti malati oncologici. Partendo anche dagli insegnamenti che ci ha dato la pandemia e da quello strumento importantissimo che sono i 209 miliardi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, anche per i malati oncologici dobbiamo riformare la sanità e l'assistenza sanitaria partendo da due pilastri. Il primo è la digitalizzazione, non intesa solo come nuova tecnologia, ma come migliori servizi ai cittadini: offrire migliori servizi ai malati oncologici vuol dire, ad esempio, invitare agli *screening* non

più con una lettera che arriva a casa in formato cartaceo, ma attraverso strumenti digitali. Abbiamo visto che durante la pandemia ha funzionato l'invio dei messaggi per comunicare l'esito dei tamponi; anche per gli *screening* dobbiamo usare questi strumenti digitali. Il secondo pilastro è il rafforzamento della rete territoriale. Migliorare la qualità di vita dei malati oncologici significa anche fare in modo che possano accedere alla prevenzione, alle terapie, ai *follow up* vicino al domicilio, vicino al luogo in cui vivono. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Comunico che è stato presentato l'ordine del giorno G1, a firma dei senatori Binetti, Parente, Boldrini, Fregolent, Cantù, Errani, Pirro, Laniece, Rizzotti, Stabile, Siclari, Doria, Lunesu, Marin, Biti, Iori, Castellone, Marinello, Mautone, Pisani Giuseppe, Gallone, Aimi, Vono e Caligiuri. Il testo è in distribuzione.

Chiedo conferma ai presentatori che le mozioni 1-00487 e 1-00504 si intendono conseguentemente ritirate. La senatrice Binetti ha già confermato.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Confermo, signor Presidente.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, al quale chiedo di esprimere il parere sull'ordine del giorno presentato.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, le proposte e gli obiettivi delineati nel Piano europeo di lotta contro il cancro vengono recepiti e trovano piena attuazione nel Piano oncologico nazionale, documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2022-2027 elaborato dal Ministero della salute e trasmesso, in data 14 giugno 2022, alla Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari regionali e le autonomie, ai fini dell'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Questo dipartimento ha indetto per il prossimo 8 luglio una riunione tecnica per acquisire eventuali osservazioni da parte delle Regioni e delle Province autonome.

Nella redazione e definizione del documento si è mantenuta la coerenza con le finalità del Piano europeo contro il cancro del 2021 e sono stati individuati, per ciascun ambito, obiettivi e linee strategiche da perseguire, corredati da alcuni indicatori di monitoraggio. Il Piano oncologico nazionale è sviluppato secondo un approccio globale ed intersettoriale, compreso il miglioramento dell'integrazione tra prevenzione e diagnosi precoce, presa in carico e ovviamente cure, così come prevenzione e diagnosi precoce delle recidive, partendo dal concetto che il paziente è al centro dell'attività e ponendo l'attenzione sulla riduzione o sull'eliminazione delle diseguaglianze all'accesso proprio agli interventi di prevenzione e cura.

In particolare, nel documento sono state affrontate tematiche relative all'epidemiologia, registri tumori e sistemi informativi sul cancro, ricerca e innovazione, sia relativamente alla diagnosi e caratterizzazione molecolare con finalità prognostica e terapeutica, alle terapie vaccinali, cellulari e geniche e a tutte le nuove tecnologie (radioterapia di precisione, eccetera) che alle tematiche relative alla digitalizzazione in oncologia e al rinnovo tecnologico

delle attrezzature. Più specificatamente, nel documento è stato dato ampio spazio alle iniziative per il potenziamento della ricerca in relazione a nuove acquisizioni nel campo della prevenzione personalizzata e della diagnosi precoce del cancro, degli scenari generati dalla ricerca omica, delle tecnologie di diagnostica per immagine e delle tecnologie terapeutiche, e alle strategie multidimensionali e multiprofessionali dei processi assistenziali.

Colgo l'occasione per ricordare che il PNRR prevede per i tumori rari uno stanziamento di 50 milioni di euro da erogare entro il 2026. Sottolineo, poi, l'importanza dell'istituzione del *Molecular tumor board* nell'ambito delle reti oncologiche regionali e l'individuazione di centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa.

Per quanto riguarda la transizione digitale, è prevista l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina anche nel *setting* domiciliare. Relativamente all'ammodernamento tecnologico in ambito oncologico, nel Piano è rivolta particolare attenzione al rinnovo delle apparecchiature diagnostiche e alla formazione dei medici specialisti e del personale sanitario non medico.

Il documento si sofferma sulla prevenzione primaria, secondaria e terziaria; per la prevenzione primaria è previsto di incentivare la comunicazione sui corretti stili di vita, partendo dall'ambiente scolastico fino ai luoghi di lavoro. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, circa l'80-90 per cento della popolazione italiana in età *target* per lo *screening* mammografico e cervicale e oltre il 75 per cento per lo *screening* coloretale, risultava regolarmente invitata già prima della pandemia.

A fianco delle attività di promozione della salute e prevenzione, in larga parte previste dal Piano nazionale di prevenzione 2025, nel nuovo Piano oncologico nazionale viene favorita un'assistenza sempre più domiciliare ed integrata con l'ospedale e i servizi territoriali per evitare inutili e gravosi spostamenti del paziente con l'attivazione di punti di accesso per la presa in carico già in fase di fondato sospetto da parte del medico di famiglia, di altro specialista o in seguito ai percorsi di *screening*. Un'ampia parte del documento è infatti dedicata al percorso del malato oncologico con particolare attenzione all'integrazione del percorso diagnostico terapeutico, alla continuità assistenziale sul territorio, alle reti oncologiche, alla rete nazionale dei tumori rari per portare assistenza per il paziente affetto da forme rare di tumore e per i pazienti fragili nonché alla riabilitazione per i malati oncologici, alle cure palliative, allo sviluppo e implementazione della psico-oncologia, al ruolo del supporto nutrizionale, al *follow-up*, alla qualità della vita e reinserimento sociale dei malati, dei lungo viventi oncologici e quindi dei guariti da cancro.

Nel piano viene sottolineato come, confermata la diagnosi, sia fondamentale il ruolo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), organizzati secondo il modello *hub and spoke* per garantire la presa in carico complessiva dei pazienti in tutte le fasi. Fondamentale per garantire equità di accesso alle cure sarà l'attivazione in tutte le Regioni e le Province autonome delle reti, la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale dei gruppi responsabili della costruzione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nonché l'implementazione della telemedicina e il ruolo dei medici di famiglia, pediatri e infermieri di comunità. Si punterà a razionalizzare il percorso multidisciplinare e

centralizzare le procedure chirurgiche in centri ad alto volume e specializzazione per garantire l'ottimizzazione dei risultati delle cure oncologiche anche in termini di qualità di vita.

È garantito anche ampio spazio alla formazione e alla comunicazione. Si prevedono interventi formativi riguardanti i modelli assistenziali, le innovazioni tecnologiche, gli aspetti indispensabili di umanizzazione e di rispetto della persona, raccomandando la definizione di profili di ruolo del personale sanitario dedicato in termini di competenze necessarie a garantire l'efficacia dei percorsi di diagnosi e cura.

Viene allo stesso tempo sottolineata l'importanza della sensibilizzazione del coinvolgimento della popolazione generale attraverso campagne di informazione mirate all'*empowerment* del cittadino e all'incremento dell'*health literacy* riguardo alla prevenzione, ricerca e assistenza oncologica.

Il documento infine sottolinea il ruolo cruciale delle azioni di monitoraggio e valutazione quale obiettivo condiviso tra livello centrale, Regioni e Province autonome per riportare in un'ottica di trasparenza i risultati delle strategie e delle politiche adottate, ma anche per far emergere possibili criticità e inadempienze che possano fornire utili indicazioni per riorientare le azioni. (*Brusio*).

PRESIDENTE. Forse non dare la schiena al rappresentante del Governo per un componente della maggioranza è una buona cosa.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Si prevede pertanto che il PON sia accompagnato da un impianto di monitoraggio e valutazione attraverso l'istituzione di una cabina di regia che veda coinvolti, accanto al Ministero della salute, alle Regioni e Province autonome, anche rappresentanti di altri Dicasteri, oltre ad Agenas, Istituto superiore di sanità, AIFA, Istat, Inail, INPS, società scientifiche e associazioni dei pazienti, con l'obiettivo di affrontare la sfida dell'*accountability* ossia di una valutazione che permetta di documentare e misurare l'impatto che il PON produce nei processi nel sistema a livello centrale, regionale e locale nonché - punto importante - negli esiti di salute. Il Piano oncologico nazionale prevede per il prossimo quinquennio l'effettuazione di *screening* precisi, obiettivi strategici e risorse dedicate.

Nell'ottica del miglioramento continuo della presa in carico del malato oncologico, la legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e pluriennale per il triennio 2021-2023 del 30 dicembre 2020, n. 178, articolo 1, commi 479 e 480, ha istituito un fondo pari a 20 milioni di euro l'anno destinato al rimborso di *test* genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce.

Per quanto riguarda lo *screening* oncologico, i programmi organizzati per carcinoma della cervice uterina, mammario e colon-retto rivolti alle persone appartenenti alle fasce di età considerate a maggior rischio sono offerti quali LEA sin dal 2001 e confermati dal DPCM del 12 gennaio 2017. La pandemia ha determinato gravi difficoltà per il Servizio sanitario nazionale, compresi i ritardi negli *screening*.

Ora mi soffermerò brevemente sui programmi di *screening*. In particolare, vi è condivisione di finalità tra quanto proposto dal Piano europeo di

lotta contro il cancro e quanto previsto nel Piano nazionale di prevenzione 2020-2025, adottato con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni del 6 agosto 2020. Il PNP punta al rafforzamento delle aziende sanitarie nello sviluppo di attività di primo livello, legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi di integrazione tra area sociale e sociosanitaria e tra territorio e ospedale. In particolare, il Piano nazionale di prevenzione investe sul miglioramento dell'offerta dei programmi di *screening* organizzato per superare le criticità prevalenti nelle Regioni del Sud in termini sia di copertura, sia di adesione.

Nel documento concernente il PON sono pianificate le iniziative per promuovere l'implementazione di reti oncologiche regionali, includenti la rete degli IRCCS, con uno stanziamento di risorse dedicate. Con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni del 21 settembre 2017 è stata attivata la rete nazionale dei tumori rari ed è stato istituito il relativo coordinamento presso Agenas, anche con rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome, di ISS, di AIFA e di esperti qualificati in patologie tumorali, nonché associazioni operanti nel settore oncologico.

L'organo di coordinamento è stato rinnovato il 7 maggio 2022 e sta attivamente operando mediante tre tavoli tecnici (uno per ciascuna famiglia di tumori rari), allo scopo di definire l'anagrafica nazionale dei centri, delle sue declinazioni assistenziali regionali, con l'identificazione di *user* e *provider*, e di centri di coordinamento presso ogni Regione e Provincia autonoma.

Alla luce di quanto dichiarato, esprimo i pareri sui vari punti dell'ordine del giorno G1. Esprimo parere favorevole sui punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7. Sul punto 8, invece, credo che potrebbe essere opportuno sostituire la parola «allungare». Allungare, soprattutto quando si parla di *screening* oncologico, significa ritardare. Quindi proporrei di sostituire la parola «allungare» con l'espressione «considerare nei programmi di *screening* i ritardi accumulati».

Esprimo parere favorevole sui punti 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17. Esprimo parere favorevole sul punto 18 se accolta la seguente riformulazione del dispositivo: «a valutare lo sviluppo di nuovi percorsi formativi per l'acquisizione di competenze specialistiche per i nuovi ruoli richiesti dalla riorganizzazione delle reti assistenziali». Esprimo parere favorevole sui punti 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25. Esprimo parere favorevole sul punto 26 nel rispetto dei vincoli di bilancio. Esprimo parere favorevole sui punti 27, 28, 29, 30, 31 e 32. Esprimo parere favorevole sul punto 33 se accolta la seguente riformulazione del dispositivo: «a valutare l'opportunità di» e «nel rispetto dei vincoli di bilancio». Il parere è analogo a quello appena espresso sui punti 34 e 35. Esprimo parere favorevole sul punto 36.

PRESIDENTE. Signor Sottosegretario, in sintesi, lei ha espresso parere favorevole, con richiesta di riformulazione su alcuni punti.

Chiedo alle senatrici Binetti e Fregolent se accettano tali riformulazioni.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Sì, signor Presidente, e colgo anche l'occasione per ringraziare il sottosegretario Sileri.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, accolgo le riformulazioni proposte.

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla votazione dell'ordine del giorno.

LANIECE (*Aut (SVP-PATT, UV)*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LANIECE (*Aut (SVP-PATT, UV)*). Signor Presidente, io devo ringraziare i colleghi della Commissione sanità, la relatrice, senatrice Binetti, e tutti i colleghi che ci hanno dato la possibilità di esprimerci su un argomento così importante e così delicato. Ho ascoltato con attenzione la replica del sottosegretario Sileri riguardo le novità di questo nuovo Piano oncologico nazionale, che sicuramente andrà a recepire le tante indicazioni (più complete di così non si può) contenute nella mozione al nostro esame.

Ringrazio anche per avere permesso una mia integrazione, a nome del Gruppo per le Autonomie, a questo documento. Credo che l'aspetto più delicato sia quello di recuperare il tempo perduto, che purtroppo questa pandemia ci ha portato via. Sappiamo tutti quanto i pazienti colpiti da patologie oncologiche in questi due anni e mezzo abbiano subito e debbano purtroppo subire ancora dei ritardi importanti per la diagnosi e la cura.

Ormai sono saltati tutti i protocolli. Ci sono interventi che, invece di essere fatti entro pochi mesi, scalano di quasi un anno. E sappiamo tutti cosa vuol dire non solo una diagnosi precoce, ma anche un intervento fatto in modo adeguato dal punto di vista delle tempistiche. Pertanto, ritengo che questo documento possa costituire una ulteriore sollecitazione, al Governo e ai governi delle Regioni per cercare di recuperare il tempo perduto, in termini di riorganizzazione della rete oncologica, ma anche semplicemente delle liste d'attesa in questo settore così delicato.

Questo ordine del giorno va a toccare dei punti importantissimi: dalla diagnosi, alla cura, alla ricerca avanzata. Vengono citate le nuove terapie, i radioliganti e le terapie che discendono dalle scienze omiche, cioè le scienze che studiano il DNA e i geni per arrivare a creare delle terapie personalizzate.

Tra l'altro, leggevo una notizia, uscita proprio adesso, sul fatto che il tumore del colon ormai si può curare con l'immunoterapia ablativa, che fa parte di queste terapie con anticorpi monoclonali che andrebbero addirittura a sostituire al 100 per cento la chirurgia e la radioterapia.

Quindi, da una parte è giusto, cosa che viene fatta con questo ordine del giorno, sollecitare sempre di più la messa a disposizione delle terapie oncologiche e delle tecniche più avanzate; dall'altra, però, come io ho voluto sottolineare con una piccola integrazione, è importantissimo ribadire il ruolo della prevenzione e della prevenzione primaria in particolare. Sappiamo tutti quanto sia impattante in modo positivo la prevenzione.

In conclusione, sottolineando l'importanza della prevenzione primaria anche in questa patologia, credo che sia importante impostare sul territorio

una politica di prevenzione soprattutto da parte dei protagonisti della sanità che sono i medici di medicina generale, ma anche sempre più i medici ospedalieri che si integrano con le figure territoriali.

Spero che si cerchi di guardare al paziente anche da un punto di vista multidisciplinare. In un certo senso, forse, certi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) sono superati, perché pensare di ragionare su un paziente solo dal punto di vista della patologia è riduttivo, dal momento che i pazienti oncologici sono spesso pazienti diabetici, cardiopatici e con la broncopneumopatia cronica. Occorre cercare di ricostruire dei modelli secondo i percorsi integrati di cure (PIC), dove il paziente viene preso in carico da una *équipe* multidisciplinare e viene visto non più come portante una patologia unica, ma l'insieme di tutta una serie di patologie croniche.

Annuncio quindi il voto favorevole all'ordine del giorno unitario da parte del Gruppo per le Autonomie. (*Applausi*).

MAUTONE (*Ipf-CD*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAUTONE (*Ipf-CD*). Signor Presidente, rappresentanti del Governo, onorevoli colleghi, le patologie tumorali purtroppo rappresentano e rappresenteranno sempre di più una delle emergenze sanitarie più impegnative a cui il nostro sistema sanitario deve e dovrà rispondere nei prossimi anni. Non dobbiamo trovarci impreparati, ma al contrario occorre essere pronti e lungimiranti. Ecco quindi la necessità di un nuovo Piano oncologico nazionale. Il Piano oncologico europeo può e deve rappresentare un punto di partenza, ovviamente tenendo conto delle diverse esigenze e necessità del nostro Paese.

Migliorare i livelli assistenziali ci permetterà di colmare i *gap*, purtroppo ancora marcatamente esistenti tra le diverse Regioni, che penalizzano in particolar modo le Regioni meridionali del nostro Paese e le fasce sociali meno abbienti. Tali sperequazioni al tempo stesso alimentano i cosiddetti viaggi della speranza: vere e proprie migrazioni sanitarie che sradicano i pazienti oncologici dalla propria terra e dai propri affetti e sconvolgono i già difficili equilibri economici e psicologici delle loro famiglie. A tal proposito, il Piano dovrà prevedere un'attenzione particolare all'assistenza oncologica territoriale e domiciliare, unica vera arma efficace secondo me per ridurre il numero di accessi negli ospedali e migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici, così come previsto dagli obiettivi del PNRR.

Sarà fondamentale implementare e potenziare i programmi di *screening* oncologici, i quali permettono una diagnosi precoce dei tumori. La prevenzione, come tutti sappiamo, rappresenta un'arma determinante contro i tumori; diagnosticare un tumore nelle fasi precoci o iniziali consente un approccio terapeutico migliore e più incisivo, spesso risolutivo, e ciò può fare tutta la differenza. Ovviamente per ottenere ciò occorre l'utilizzo di strumentazioni adeguate e sempre più complesse, di strutture ad alta specializzazione, come appunto gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, oltre a professionalità sempre più perfezionate sia nelle nuove tecnologie sia nell'utilizzo di nuovi piani terapeutici.

Certamente l'impatto della pandemia ha fatto sentire i suoi deleteri effetti sui programmi di *screening*, quasi del tutto sospesi, ma anche sulle liste di attesa sempre più lunghe, soprattutto per gli interventi chirurgici. Le stesse terapie oncologiche hanno subito colpevoli tardi e rallentamenti.

Occorre un piano di recupero chiaro e strutturato, un piano straordinario che permetta di recuperare il tempo perduto. È un obbligo morale e istituzionale nei confronti di chi soffre, affinché il paziente oncologico e oncoematologico non si senta trascurato o abbandonato. Occorre finalmente attuare nella realtà la legge a prima firma della senatrice Castellone, approvata all'unanimità da tutte le forze politiche, che istituisce il registro nazionale dei tumori, che consentirà di avere l'esatta dimensione della realtà oncologica e della diffusione dei tumori, della loro incidenza in determinate zone in rapporto a fattori ambientali presenti. La terra dei fuochi ne costituisce l'esempio lampante. Un Piano che abbia un occhio di riguardo per le associazioni dei pazienti oncologici che spesso hanno supplito e suppliscono alle carenze organizzative del nostro sistema sanitario e che con il loro supporto psicologico e il loro fare rete hanno fatto sentire il paziente oncologico non più solo, non più abbandonato.

Un Piano che valorizzi la ricerca, da sempre elemento portante della lotta ai tumori, che ottimizzi sempre di più l'utilizzo delle nuove tecnologie e delle nuove terapie antineoplastiche, come i nuovi farmaci innovativi, ad esempio la terapia CAR-T, la vera nuova frontiera della terapia oncologica.

Occorre, in sintesi, un Piano che renda sempre più equa, accessibile ed efficiente l'assistenza globale dei pazienti oncologici e la loro presa in carico. Su certi temi, il Gruppo Insieme per il futuro-Centro Democratico darà il suo appoggio e il proprio voto favorevole. (*Applausi*).

PARENTE (*IV-PSI*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PARENTE (*IV-PSI*). Signor Presidente, ogni giorno in Italia si diagnosticano mille nuovi casi di cancro. Nel corso della vita, un uomo su due circa e una donna su tre si ammalano di tumore. Cito solo tre dati, che sono ampiamente menzionati nel nostro ordine del giorno unitario sulle prestazioni effettuate in questo periodo di pandemia: meno 36 per cento di *pap test*, meno 29 per cento di mammografie, meno 34 per cento di esami per il colon retto. Gli effetti indiretti che la pandemia da Covid ha avuto sulla prevenzione, assistenza oncologica e oncoematologica sono molti: ritardi accumulati nell'ambito della prestazione di *screening*, diagnosi, nuovi trattamenti, ricoveri oncologici e oncoematologici e interventi chirurgici. Questi dati dovrebbero smuovere le nostre coscienze, siamo di fronte a uno *tsunami* medico, sociale ed economico. Ecco perché in maniera unitaria torniamo a chiedere, dopo l'ordine del giorno di aprile al Governo, di fare in fretta e concretizzare il Piano nazionale oncologico che parta da quello europeo. Prendiamo atto degli aggiornamenti del sottosegretario Sileri rispetto al Piano oncologico nazionale, ma abbiamo bisogno di andare più in fretta, di decidere azioni, scadenze

e un cronoprogramma. Ci troviamo di fronte, colleghe e colleghi, a una situazione a tratti paradossale, con notevoli progressi scientifici e tecnologici da una parte (CAR-T, farmaci innovativi, la strumentazione oncologica, le cure personalizzate) e, di contro, a ritardi per esempio nell'agevolazione dell'impiego dell'intelligenza artificiale avanzata per incentivare la radioterapia adattiva, all'aumento delle liste d'attesa, alle differenze regionali che costringono i pazienti ad andare da una Regione all'altra, alla assenza di una normativa per il diritto all'oblio per i guariti, come ha detto molto bene la senatrice Conzatti, ai decreti attuativi mancanti per la Rete nazionale dei tumori. Siamo di fronte a questa situazione e il Piano nazionale europeo definisce per ogni azione le risorse da impiegare.

Ebbene, Sottosegretario, anche noi dobbiamo fare un'analisi concreta delle risorse in un quadro difficile, perché le Regioni, come sa meglio di me, rivendicano 5 miliardi di mancate risorse per quello che è accaduto con il Covid, ma non solo, e con riferimento all'anno 2022 avremo un incremento di 2 miliardi previsti dalla legge di bilancio per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

A nostro e a mio personale avviso, non basteranno per la sostenibilità del sistema sanitario, in particolare se vogliamo fare tutto quello che lei ci ha descritto nel Piano nazionale, quindi occorrono più risorse economiche per cure, terapie innovative, processi riabilitativi e prese in carico anche delle famiglie dei malati oncologici, e per affrontare di petto e molto celermente la questione delle liste d'attesa (un malato oggi non può aspettare un piano quinquennale). Ancora, per incentivare l'assistenza domiciliare integrata e garantire quel *continuum* assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa, fondamentale anche per i malati oncologici. Questo anche alla luce dell'attuale Piano nazionale di ripresa e resilienza, che valorizza l'assistenza territoriale sia come medicina di prossimità per venire incontro ai bisogni dei pazienti, sia per decongestionare gli accessi impropri al pronto soccorso.

Servono risorse economiche e finanziarie per un piano sistematico di prevenzione delle malattie oncologiche, dagli stili di vita allo sport, alla lotta al fumo, all'eccesso di alcol, all'inquinamento. C'è altresì bisogno di molti professionisti socio-sanitari, soprattutto nelle case di comunità - ed è la riforma che il Governo sta portando a termine - e di formazione del personale socio-sanitario.

Abbiamo sufficienti risorse per formare a tutto campo il personale socio-sanitario a partire dai medici di base? Dobbiamo rendere reale e vero il fascicolo sanitario elettronico.

Infine, ogni patologia ha ricadute sociali, quindi dobbiamo prevedere maggiori iniziative per il reinserimento al lavoro dei malati oncologici; dobbiamo sostenere il reddito di chi ha spese oncologiche accessorie.

È necessario ricordare, a questo punto, che, dalla obsoleta visione della guerra al cancro, siamo alla più concreta, moderna e importante progettualità di guarigione e cronicizzazione del malato oncologico.

Per questo motivo, il mio Gruppo Italia Viva-Partito Socialista Italiano voterà a favore dell'ordine del giorno unitario. (*Applausi*).

CALANDRINI (*FdI*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CALANDRINI (*FdI*). Signor Presidente, vorrei partire dall'ultima dichiarazione fatta dal Sottosegretario, quando nel suo intervento ha fatto riferimento al concetto che il paziente deve essere preso in carico dal Piano oncologico nazionale.

Sottosegretario, a nostro avviso, l'ordine del giorno che oggi viene approvato va sicuramente nella giusta direzione, ovvero quella di porre rimedio a una grave lacuna di questo Piano nazionale, come hanno già detto i colleghi che mi hanno preceduto, e cioè la mancanza di fondi per la presa in carico dei pazienti. Certamente, l'approvazione dell'ordine del giorno non sarà sufficiente a risolvere i problemi, perché il Governo deve dire chiaramente quante e quali risorse intende stanziare per rendere questo Piano oncologico nazionale efficace.

Il PON di cui parliamo oggi è un buon progetto, ma, senza tempi di attuazione, senza programmazione e senza risorse, rischia di essere un mero esercizio filosofico, del tutto insufficiente per quei cittadini che, in un momento delicato della loro vita come quello della lotta alla malattia, avrebbero bisogno di sapere che lo Stato è al loro fianco. Per contro, succederà che le Regioni diranno che non hanno risorse proprie e il cittadino dovrà pagare le cure di tasca propria, se avrà i denari per poterselo permettere.

Come classe politica non possiamo permetterci di creare distinzioni tra ceti sociali; siamo chiamati a intervenire per rendere le cure un diritto di tutti e non un privilegio per pochi intimi.

Sappiamo che bisogna fare molto di più; in parte si sta intervenendo con il Piano nazionale di ripresa e resilienza, come dicevano i colleghi che mi hanno preceduto, che, come sappiamo, incide sulla sanità per quasi 18 miliardi di euro. Di questi, una fetta consistente andrà nel ripristino di una sanità territoriale chiamata sanità di prossimità, con la creazione di ospedali e di case della comunità.

Quello, però, che questo Piano nazionale di ripresa e resilienza non dice è dove reperiremo le figure sanitarie, i medici, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari da qui al 2026, quando le nuove strutture potenzialmente saranno disponibili. Questo è lo stesso principio del Piano oncologico nazionale: tanti progetti per l'assistenza del malato, ma nessuna indicazione chiara sulle risorse destinate al Piano stesso. Quindi rischiamo di avere delle scatole vuote ed è un peccato, perché non si può dire che i soldi questa volta non ci siano, visti i miliardi di euro che arriveranno dal Piano nazionale di ripresa e resilienza e visto anche che il piano europeo di lotta al cancro, cui il PON è tenuto ad allinearsi, mette a disposizione 4 miliardi di euro.

Ma nel documento inviato alle Regioni nei giorni scorsi - di cui parlava il Ministro qualche minuto fa - manca un'indicazione chiara delle risorse necessarie per far fronte alla mancanza di formazione e alla carenza di personale, al fine di attivare con immediatezza gli *screening* in tutte le Regioni, compresi quelli per la presa in carico dei soggetti ad alto rischio eredo-familiare, come richiesto espressamente dall'Osservatorio nazionale degli *screening*.

In un momento come questo, in cui la ripresa dei contagi da Covid sembra mettere nuovamente a rischio la salute dei pazienti oncologici, è necessario dare un segnale di inversione di tendenza. Non possiamo aspettare il 2026, con la piena attuazione del Piano nazionale, per dare risposte operative; bisogna agire adesso, intervenendo in particolare per programmare gli *screening* oncologici. Il nostro auspicio è di non ripetere lo stesso errore fatto con il Piano nazionale, che fu approvato in tutta fretta e che poteva essere fatto meglio, per quel che riguardava la sanità, dando spazio non solo alla realizzazione di strutture, ma anche alla formazione di coloro che dovranno gestire tali strutture. Per quanto riguarda il piano di cui discutiamo oggi, senza questi elementi necessari, in particolare legati alle risorse, sarà del tutto inutile; ed è per questo che va modificato, per il bene di quei pazienti che lottano tutti i giorni e che non possono contare solo sulle loro forze. È per tutti questi motivi che il contributo di Fratelli d'Italia non mancherà a questo Piano oncologico nazionale. (*Applausi*).

BOLDRINI (*PD*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOLDRINI (*PD*). Signor Presidente, cari colleghi, ringrazio il sottosegretario Sileri per l'aggiornamento che ha fatto rispetto al nostro ordine del giorno, mettendoci al corrente del nuovo Piano oncologico e del relativo *iter*. Mi preme anche ringraziare la collega Binetti, perché ha accolto la richiesta, proveniente da tutta la maggioranza, di presentare un ordine del giorno unitario. Credo che questo sia un bel segnale per i pazienti che ci ascoltano fuori e che sanno che siamo molto attenti a queste patologie. Sappiamo - ahimè - che una patologia tumorale-oncologica tocca tantissimi di noi, personalmente oppure attraverso un membro della nostra famiglia.

Ringrazio il Sottosegretario. Credo che la cabina di regia sia un punto essenziale, perché consente di fare monitoraggio in un'ottica di valutazione e trasparenza e di controllare le inadempienze con la correzione delle azioni. Credo che questo sia un punto nodale, perché ancora adesso purtroppo riscontriamo una notevole eterogeneità nell'attivazione dei PDTA e degli *screening*; siamo una nazione ancora troppo disomogenea nella presa in carico dei pazienti. Ecco perché serve un piano di recupero dell'oncologia e di tutte le patologie oncologiche, per colmare i ritardi che si sono accumulati durante questa pandemia. È necessario fornire assistenza ai pazienti oncologici dalla diagnosi alla chirurgia, durante tutto il percorso, fino ad arrivare alla guarigione, perché la riacquisizione della propria vita e dei propri diritti è fondamentale.

Ricordo che, su oltre tre milioni di persone che si ammalano, tantissime vivono dopo una diagnosi di tumore. Noi dobbiamo garantire rispetto e qualità della vita a queste persone, sia durante il percorso che successivamente. Ricordo anch'io che il diritto all'oblio oncologico è fondamentale. A febbraio abbiamo depositato un disegno di legge a mia prima firma e successivamente le colleghe Binetti e Conzatti hanno presentato ulteriori disegni di legge in materia. Cosa significa questo? Significa che tutti abbiamo a cuore il

diritto all'oblio oncologico dei nostri pazienti, al di là di chi ha presentato per primo il disegno di legge.

Facciamo quindi fronte comune anche su questo. Ringrazio con tutto il cuore anche il Presidente del Senato, che ha sensibilizzato la Commissione (ci siamo sentite telefonicamente), perché credo che questo sia un grande atto di sensibilizzazione rispetto a un tema importantissimo.

Tuttavia, cari colleghi, rispetto anche al piano oncologico nazionale e a tutto ciò che si concatena con il Piano nazionale di ripresa e resilienza, bisogna considerare il tema della domiciliarità, così come previsto nella missione 6. Ricordo che i pazienti oncologici devono fare terapie oncologiche e spesso si devono recare nei centri dove farle; attualmente ci sono buone prassi, che vorrei che fossero applicate in tutti i territori, per poter far terapia anche a domicilio. Ciò è d'aiuto all'aderenza terapeutica: sappiate infatti che molte persone, anche anziane, da sole non riescono ad andare a farle e piuttosto rinunciano, come mi ha detto un professore a me molto caro. Pertanto, se possiamo raggiungerli a casa (visto che ora si può e che i protocolli innovativi ci sono), facciamolo: è questo che dobbiamo fare. I servizi devono raggiungere i cittadini: pensate a quelli più fragili, che hanno una patologia oncologica.

Rispetto all'ordine del giorno in esame, mi preme sottolineare il tema del supporto psicologico, perché il percorso di cura di una patologia oncologica ha i suoi alti e bassi, soprattutto quando gli esami non vanno tanto bene. In quel caso, serve che qualcuno prenda in mano la situazione dal punto di vista psicologico in una visione olistica del paziente, non solo della terapia per l'organo che si è ammalato, ma anche per tutto l'insieme della persona. Questo aiuterebbe il malato e la sua famiglia.

Avviandomi alla conclusione, signor Presidente, vorrei porre l'attenzione sul fatto che, se non facciamo una buona prevenzione primaria, che è la strategia principale della lotta alle patologie oncologiche, non ne usciamo. È stato individuato il Sistema nazionale di prevenzione dai rischi ambientali e climatici, sul quale penso che dovremmo davvero focalizzarci: anche vedendo cosa sta succedendo adesso con la siccità, ritengo che questo sia un tema sul quale dobbiamo puntare.

In ultimo, se non aiutiamo il Fondo sanitario nazionale, aggiungendo ulteriori stanziamenti per avere risorse umane fatte di professionisti strutturati nel tempo, quindi non con contratti a tempo determinato, non riusciremo a sostenere la salute delle persone. Dobbiamo investire nella salute delle persone ed è per questo che dichiaro il voto favorevole del Partito Democratico. *(Applausi)*.

ERRANI (*Misto-LeU-Eco*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ERRANI (*Misto-LeU-Eco*). Signor Presidente, noi votiamo convintamente a favore dell'ordine del giorno in discussione, ringraziando la senatrice Binetti e tutti i colleghi e le colleghe che hanno lavorato a questo importante

atto di indirizzo, molto puntuale e concreto. Condivido e apprezzo le considerazioni del sottosegretario Sileri e le sottolineature di tante colleghe e colleghi: dalla presa in carico ai farmaci innovativi, dagli *screening* alla Rete nazionale dei registri dei tumori, alle distorsioni e differenze tra le diverse Regioni. Sono tutti argomenti giusti, che condividiamo e sosteniamo; tuttavia, colleghi, mi sento obbligato a porre due problemi urgentissimi, che mettono in seria discussione l'assetto del sistema sanitario nazionale.

Davvero quello che sta succedendo in moltissime Regioni, in quelle considerate più avanzate e in quelle meno avanzate, è un problema serio, che richiede un intervento ora. Mi riferisco la questione del personale. Siamo in una situazione che non può procedere in questo modo, con reparti di pronto soccorso o interi reparti di ospedali pubblici appaltati.

Non possiamo procedere così, perché questo è un processo che, di fatto, come già denunciato dai sindacati dei medici ospedalieri e da diverse altre strutture, comporta un processo strisciante di privatizzazione del sistema. Occorre un provvedimento urgente. È vero che abbiamo risolto il problema dell'imbuto formativo, ma ci vogliono dai tre ai cinque anni per portare a regime questa soluzione. Pensiamo di poter reggere con questi processi di appalto di interi reparti del sistema sanitario? Credo proprio di no.

È necessario un doppio binario, con un provvedimento urgente che estenda la possibilità di utilizzo dei medici specializzandi. Mi chiedo che senso abbia non poter prendere nel sistema medici pensionati, ma poterli prendere attraverso la gara con le cooperative o le società private. Non ha senso. È un problema molto urgente. Occorre un provvedimento ora, che metta le Regioni in condizione di affrontare questa emergenza. Allo stesso tempo, è necessario costruire un impianto che preveda una riforma del sistema formativo e che consenta di mettere a regime l'altra grande priorità, com'è stato sottolineato da altri.

Mi riferisco al tema delle risorse, da cui non possiamo sfuggire non solo perché le Regioni chiedono dai 4 ai 5 miliardi di euro e perché per il 2025 è previsto un rapporto tra *deficit* e PIL pari al 6,2 per cento (cioè meno di quello previsto prima della pandemia), ma anche perché pure le scelte del PNNR richiedono spesa corrente. Vale per tutti: vale per gli asili nido e tanto più per le case di comunità.

È quindi necessaria una strategia di riorganizzazione del sistema di finanziamento per fare un salto di qualità, altrimenti le parole spese per i medici eroi rimangono lacrime di cocodrillo e chiacchiere. (*Applausi*).

BINETTI (*FIBP-UDC*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, membri del Governo, onorevoli colleghi, desidero anzitutto fare un'annotazione importante sul valore unitario dell'ordine del giorno, non perché tutti i colleghi della Commissione lo hanno sottoscritto come un atto di fiducia nei confronti del lavoro elaborato da pochi, ma perché ognuno è intervenuto concretamente sul testo, tanto è

vero che fino a ieri avevo una sorta di arlecchinata, con colori diversi che rappresentavano i contributi di tutti.

Questa è l'espressione alta della buona politica e - lasciatemelo dire - proprio perché parliamo di un tema come la salute, è anche un indicatore positivo della salute della maggioranza. Quando ha un obiettivo chiaro e forte, la maggioranza lo condivide con piena maturità e assunzione di responsabilità.

L'altra cosa che mi sembra importante sottolineare è che il Sottosegretario ha praticamente accettato al 99,9 per cento tutte le nostre proposte, il che è anche un altro indicatore positivo del rapporto di collaborazione tra il Parlamento e il Governo.

Tutti quanti siamo concordi che, davanti a quello che in questo momento potremmo definire il grande universo rappresentato dall'oncologia, dai malati oncologici, da coloro che vogliamo in qualche modo tutelare attraverso la prevenzione e da coloro che sono guariti da patologia oncologica, insomma, davanti a questo "panorama", occorre un cambiamento di mentalità. Perché parlo di un cambiamento di mentalità? Stiamo tutti familiarizzando con l'espressione inglese *one health*; la salute è un bene complesso, composito e prezioso, che va perseguito a 360 gradi. Oggi, da tutti gli interventi dei colleghi, è emerso con forza che la prevenzione è una cosa, gli *screening* precoci sono un'altra cosa; con la prevenzione puntiamo ad evitare che si crei l'evento cancro, con lo *screening* precoce cerchiamo di stanarlo il prima possibile, per controllarlo nel miglior modo possibile, disponendo di tecnologie sofisticate, avanzate e adeguate.

C'è poi tutto il tema della cura e anche in questo caso, come abbiamo sentito dire dai colleghi, disponiamo di farmaci straordinariamente avanzati, che permettono addirittura di ipotizzare un prossimo futuro in cui alcune forme di cancro - mi dispiace per il Sottosegretario - non saranno trattate chirurgicamente, perché potremo avere farmaci capaci di controllare l'evento cancro, prima che questo assuma dimensioni devastanti.

Abbiamo ascoltato interventi importantissimi sulla presa in carico della persona e quindi anche sulla necessità di integrare gli aiuti di tipo farmacologico con quelli di tipo psicologico. La collega Boldrini, che ringrazio per la collaborazione costante e continua, ha sottolineato in particolare proprio il piano della psico-oncologia.

Abbiamo saputo tutti poi che dal cancro si guarisce. Pensate ai bambini che hanno tumori, anche rari, nell'infanzia o ai giovani che guariscono e che esprimono tre desideri, che sono un po' il cuore stesso delle diverse proposte di legge che ci sono. Primo, la possibilità di non essere discriminati quando si va in banca e poter accedere a un mutuo. Secondo, la possibilità di adottare un bambino, avendo davanti una prospettiva di vita lunga. Perché chi ha avuto un tumore non dovrebbe poter adottare un figlio? Terzo, non essere discriminati sul piano del lavoro. Sappiamo che certe carriere vanno incontro a una sorta di blocco, perché si dice che non vale la pena portare avanti una persona per la semplice ragione che ha avuto un tumore. Sappiamo che si guarisce, bisogna cominciare a poterlo dire. Oggi è stato detto con molta evidenza che si muore e che questa potrà diventare presto la prima causa di morte, ma non dobbiamo dimenticarci che dal cancro si guarisce anche.

Quali sono le leve che ci vengono ricordate soprattutto dal piano oncologico europeo? Vanno benissimo la tecnologia, la ricerca scientifica e il modello di psicologia e di presa in carico, ma la struttura e il tessuto - e, se potessimo parlare come di un arazzo, diremmo anche la tela che supporta tutto questo - sono fatti dai modelli organizzativo e gestionale. Le lunghe file d'attesa non sono un problema scientifico o clinico, ma di organizzazione. La... *(Il microfono si disattiva automaticamente)*. ...non è un problema tecnico. Sappiamo tutto quello che c'è da sapere, ci mancano solo i mezzi, le opportunità e le circostanze per metterlo in opera. Ci manca una mentalità nuova, che ripensi il cancro come una struttura che va affrontata a 360 gradi.

PRESIDENTE. La prego di concludere.

BINETTI *(FIBP-UDC)*. Questo è il significato della mozione unitaria: introdurre un cambiamento di mentalità tale per cui il piano nazionale oncologico non pecchi di genericità, abbia il coraggio di spingersi fino al cronoprogramma, di marcare i tempi e i ruoli, di finanziare anche le reti dei tumori rari, dei tumori...

PRESIDENTE. Senatrice Binetti, abbia il coraggio di concludere.

BINETTI *(FIBP-UDC)*. Signor Presidente, concludo, mi conceda però almeno quel minuto...

PRESIDENTE. L'ho già fatto.

BINETTI *(FIBP-UDC)*. Mi sembra che si tratti dell'unica opportunità che abbiamo avuto in questo anno e in questa legislatura di parlare dei malati di cancro, rispetto ai quali tutti abbiamo... *(Applausi)*.

PRESIDENTE. La ringrazio.

FREGOLENT *(L-SP-PSd'Az)*. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FREGOLENT *(L-SP-PSd'Az)*. Signor Presidente, colleghi, rappresentanti del Governo, innanzitutto anche da parte nostra va un ringraziamento alla senatrice Binetti e a tutti i membri della Commissione sanità per l'ordine del giorno unitario che ci apprestiamo a votare.

I temi sono stati ampiamente illustrati nei vari interventi che si sono succeduti e vorrei soffermarmi sui tumori pediatrici condividendo una riflessione che parte dall'amore di un genitore per il proprio figlio, un amore incondizionato, che non può essere spiegato, ma si può solo vivere. Lo si conosce quando si ha la fortuna di vedere quel bimbo tra le braccia per la prima volta e rimane per sempre. Per questo si dice che non esista cosa più dolorosa

per un genitore che perdere un figlio. Ecco l'anomalia: l'aumento dei tumori in età pediatrica e adolescenziale.

L'associazione italiana registri tumori stima che nel quinquennio 2016-2020 in Italia siano state diagnosticate 7.000 neoplasie tra i bambini e 4.000 tra gli adolescenti tra i quindici e i diciannove anni, in linea con il quinquennio precedente.

Quando si incontra uno di quei genitori che hanno trasformato un tale dolore nella missione di una vita, per aiutare altre giovani vite, la domanda che viene spontaneo porsi è: quali sono le priorità di questo Paese? Quanto conta il nostro correre quotidiano di fronte alla sofferenza di certe persone? Ma soprattutto, stiamo facendo tutto quello che possiamo sui temi della salute e della ricerca? Noi, come Gruppo, crediamo di no. Siamo convinti che si potrebbe fare di più e meglio, se fossimo tutti onesti nel riconoscere le priorità e lavorassimo con norme stringenti per marginalizzare le inapproprietezze, perché ogni risorsa gestita male è una mancata risposta a un nostro concittadino. (*Applausi*).

Alcune delle cose che chiediamo sono talmente basilari che stupisce la necessità di doverle ribadire. In particolare, mi riferisco alla corretta e uniforme presa in carico del paziente oncologico pediatrico, promuovendo a livello territoriale l'approccio multidisciplinare e il lavoro di *équipe*, con la presenza di diversi specialisti e con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psicofisico del paziente e della propria famiglia.

Un'indagine condotta in Italia dalla fondazione Soletterre ONLUS e dall'unità di ricerca sul trauma dell'Università Cattolica di Milano, dal novembre 2019 al settembre 2021, su adolescenti tra i dodici e i ventitré anni, presso l'unità operativa di oncoematologia pediatrica del Policlinico San Matteo di Pavia, ha evidenziato ansia e depressione clinicamente significative. Come potrebbe essere diversamente? È già difficile quando tali patologie oncologiche colpiscono da adulti; immaginiamoci quando si è nel fiore degli anni. Ecco che risulta fondamentale l'assistenza psicologica dei pazienti pediatrici e delle loro famiglie nell'ambito dei reparti di oncologia medica, effettuata da laureati abilitati in psicologia.

Risulta necessario e fondamentale però che il nostro Paese, attraverso l'azione del Governo, si impegni per sostenere la ricerca scientifica. La legge sulle malattie rare è un primo passo, ma dobbiamo fare di più per lo sviluppo di nuove terapie: stanziare fondi per farmaci oncologici pediatrici innovativi; attivare protocolli di cura sperimentali e sviluppare studi clinici mediante un approccio terapeutico multidisciplinare.

Inoltre, è necessario prevedere lo stanziamento di fondi volti al supporto economico delle famiglie a basso reddito, considerando i costi che devono sostenere in caso di ricoveri presso centri di cura distanti dalla propria residenza.

Quest'ultimo aspetto ci porta inevitabilmente al tema dell'equità di accesso alle cure: nessuno dovrebbe avere maggiore o minore possibilità di curarsi in base a dove nasce. Al Parlamento quindi spetta il compito di individuare regole certe di responsabilizzazione e di corretto impiego delle risorse per fare in modo che tutte le Regioni offrano risposte efficienti ai propri concittadini, senza abbassare l'asticella dell'efficacia delle risposte e pretendendo

che tutta la filiera, dal vertice dirigenziale ai... *(Il microfono si disattiva automaticamente)*.

Concludo, signor Presidente. Bisogna pretendere che tutta la filiera, dal vertice dirigenziale al singolo operatore sociosanitario (OSS), lavori in tutte le Regioni verso un unico obiettivo, quello di garantire la salute di ognuno di noi.

Per tutti questi motivi, annuncio il voto favorevole del Gruppo Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione a quest'ordine del giorno.

MARINELLO (M5S). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARINELLO (M5S). Signor Presidente, membri del Governo, innanzitutto vorrei ringraziare la senatrice Binetti e tutta la Commissione sanità, presieduta dalla senatrice Parente, per il lavoro svolto.

L'ordine del giorno che discutiamo oggi riguarda un tema molto importante, che abbiamo condiviso ampiamente con i Gruppi di maggioranza. In Italia ogni giorno sono diagnosticati più di 1.000 nuovi casi di tumore. Entro il 2035, il numero delle vite perse a causa delle patologie neoplastiche aumenterà di circa il 24 per cento, facendo del cancro la prima causa di morte nell'Unione europea.

L'impatto economico della malattia in Europa è stimato in 100 miliardi di euro l'anno. Nel 2020, 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa del cancro. Gli effetti indiretti che la pandemia da Covid-19 ha avuto sulla prevenzione e sull'assistenza oncologica ed oncoematologica sono molti. I ritardi accumulati nell'ambito delle prestazioni di *screening*, della diagnosi, dei nuovi trattamenti, dei ricoveri oncologici ed oncoematologici e degli interventi chirurgici evidenziano come sia importante l'attuazione del nuovo piano oncologico nazionale.

Voglio ricordare che in Commissione sanità abbiamo approvato un importante legge, la n. 29 del 22 marzo 2019, recante l'istituzione e la disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione. È importante completare il percorso istitutivo del registro nazionale, in quanto non ha trovato piena attuazione.

È fondamentale procedere, in tempi celeri, all'emanazione del regolamento che individui e disciplini i dati che possono essere inseriti nella rete nazionale, le modalità relative al loro trattamento, i soggetti che possono avervi accesso, nonché il decreto per l'istituzione del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione.

Sappiamo bene, purtroppo, che l'evento della malattia coinvolge numerosi aspetti della vita della persona e che sono diverse le ripercussioni psicologiche sul paziente oncologico e sulla sua famiglia. Reputiamo rilevante chiedere al Governo di garantire e incentivare i servizi di psico-oncologia nella struttura sanitaria, al fine di migliorare la qualità della vita di chi affronta la diagnosi di cancro e le terapie e di limitare così la possibilità di conseguenze a livello psicologico.

Vorrei ricordare che alcuni giorni fa il Consiglio regionale del Lazio ha approvato la proposta di legge regionale n. 191 del 17 ottobre 2019, che promuove l'istituzione dei servizi di assistenza psico-oncologica negli ospedali della Regione e la presenza obbligatoria della figura dello psico-oncologo all'interno del *team* multidisciplinare che si occupa della presa in carico del paziente oncologico e onco-ematologico. Il Lazio, da oggi, è la prima Regione italiana ad istituire per legge i servizi di psico-oncologia negli ospedali per pazienti oncologici: un traguardo importante, raggiunto grazie al lavoro portato avanti dalle associazioni dei pazienti insieme al consigliere Loreto Marcelli del MoVimento 5 Stelle.

Inoltre, nell'ordine del giorno si è posta molta attenzione anche sulla logica della prossimità, tramite la deospedalizzazione dei trattamenti, valutando la possibilità di estendere le buone prassi di terapie oncologiche da attuare a domicilio o nelle case di comunità, al fine di evitare lo spostamento dei pazienti oncologici.

Questo aspetto è molto importante e va pienamente nella direzione intrapresa con altri importanti provvedimenti in materia di medicina di prossimità, come l'istituzione dell'infermiere di famiglia, tema a me molto caro, che ho portato avanti in questa legislatura.

Infine, chiediamo di prevedere negli atti di riforma del sistema sanitario territoriale una definizione di cure domiciliari comprensiva di tutte le tipologie di servizi e prestazioni erogate ai pazienti domiciliari, favorendo altresì la predisposizione da parte della Regione di un modello di presa in carico che garantisca ai pazienti l'integrazione di tutte le prestazioni fornite su base domiciliare in capo a un unico soggetto erogatore, in modo da agevolare l'aderenza terapeutica del paziente ed efficientarne l'organizzazione della presa in carico.

Per questo e per tutti gli altri motivi elencati nell'ordine del giorno unitario dichiaro il voto favorevole delle colleghe e dei colleghi del MoVimento 5 Stelle. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'ordine del giorno G1, presentato dai senatori Binetti, Parente, Boldrini, Fregolent, Cantù, Errani, Pirro, Laniece, Rizzotti, Stabile, Siclari, Doria, Lunesu, Marin, Biti, Iori, Castellone, Marinello, Mautone, Pisani Giuseppe, Gallone, Aimi, Vono e Caligiuri.

(*Segue la votazione*).

Il Senato approva. (*v. Allegato B*). (*Applausi*).

Discussione e approvazione delle mozioni nn. 484, 495, 499 e 507 sulla candidatura italiana per la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo (ore 11,16)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00484, presentata dal senatore Mirabelli e da altri senatori, 1-00495, presentata dal senatore Urso e da altri senatori, 1-00499, presentata dalla senatrice Bernini e da altri senatori, e 1-00507, presentata dal senatore Candiani e

da altri senatori, sulla candidatura italiana per la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, che si intendono illustrate.

Non essendovi iscritti a parlare in discussione, ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, al quale chiedo di esprimere il parere sulle mozioni presentate.

GUERRA, *sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze*. Signor Presidente, esprimo parere favorevole sulle premesse e sugli impegni di tutte le mozioni presentate.

Vorrei ricordare, in particolare, che lo scorso 24 giugno, in occasione della presentazione del Rapporto annuale della UIF (Unità di informazione finanziaria), il ministro dell'economia e delle finanze Daniele Franco ha rappresentato, coerentemente con gli impegni che ci vengono richiesti, che l'Italia presenterà una candidatura forte per la sede dell'Authority for anti-money laundering and countering the financing of terrorism AMLA.

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla votazione delle mozioni.

DONNO (*Ipf-CD*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DONNO (*Ipf-CD*). Signor Presidente, la mozione in discussione trova la sua essenza nel pacchetto di proposte legislative della Commissione europea, volto a consolidare le norme dell'Unione europea per contrastare il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo, compresa la creazione di una nuova Autorità comunitaria per la lotta al riciclaggio di denaro. Si tratta senza dubbio di un obiettivo da condividere, ottimizzare e sostenere saldamente, così da mettere in campo tutti gli strumenti utili a migliorare l'individuazione delle operazioni e delle attività sospette e a colmare le lacune sfruttate dai criminali per riciclare proventi illeciti o foraggiare attività terroristiche attraverso il sistema finanziario.

Come si sottolinea nella strategia UE per la sicurezza per il periodo 2020-2025, il consolidamento del quadro normativo europeo in materia di lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo contribuirà a proteggere i cittadini europei dal terrorismo, dalla criminalità organizzata e dalle insidie messe in campo dall'evoluzione delle nuove mafie.

Negli anni difficili che abbiamo vissuto, la criminalità non si è fatta scrupoli di approfittare della pandemia per cogliere le opportunità di guadagno. A segnalare il fenomeno è stata la UIF, l'Unità di informazione finanziaria presso la Banca d'Italia: dall'ultimo rapporto annuale presentato è emerso un deciso aumento, nel 2021 e nei primi mesi del 2022, delle segnalazioni da parte di banche e altri soggetti di operazioni sospette di riciclaggio. In questo periodo la UIF ha ricevuto 69.400 segnalazioni di operazioni sospette (SOS), completando un anno di crescita vigorosa delle segnalazioni, in aumento del 15,2 rispetto al secondo semestre del 2020. Le SOS, complessivamente ricevute nel 2021, si attestano quindi a 139.524 unità, cioè più del 23,3 per cento

rispetto all'anno precedente, mentre quelle analizzate sono 138.482, in aumento del 21,9 per cento.

Il Covid, dunque, ha fiaccato le imprese e la malavita organizzata ne ha approfittato. Tale teorema è stato oggetto di diverse analisi investigative approfondite e resta confermato da dati ancora più recenti: le segnalazioni sospette sono aumentate del 35 per cento nel primo semestre corrente. Le statistiche redatte dall'unità di informazione finanziaria della Banca d'Italia si basano su una norma che impone a un'ampia platea di soggetti, costituita da intermediari bancari e finanziari, da professionisti prestatori di servizio di gioco e altri, di portare a conoscenza con segnalazioni le operazioni per le quali sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo o che comunque i fondi, indipendentemente dalla loro entità, provengano da attività criminosa.

È noto come la delinquenza organizzata abbia da tempo compiuto un salto di qualità, operando in delicati settori dell'attività economico-produttiva attraverso società e prestanome con interessi prevalentemente concentrati nei settori nei quali si registra un più rilevante flusso di denaro e di risorse economiche, come gli appalti pubblici, in particolare nei settori della raccolta e dello smaltimento dei rifiuti solidi urbani e nella gestione delle discariche (cosiddetta ecomafia), nonché nelle attività finanziarie e di esercizio del credito e nelle attività del settore turistico e della gestione degli stabilimenti balneari. Vi è una visione imprenditoriale ed affaristica, insomma, dei *business* criminali, che si riscontra nelle organizzazioni malavitose, sempre più interessate ai settori più dinamici dell'economia. Ciò accade perché c'è fermento, nascono nuove aziende, si esplorano percorsi imprenditoriali innovativi, riuscendo così rapidamente a cambiare pelle e a dirottare i propri investimenti nei settori più produttivi.

Questa è la conferma che l'illegalità si annida laddove c'è povertà, ma anche nei tessuti economici ed imprenditoriali caratterizzati da numerose imprese, talvolta così giovani da arrancare in tempi di pandemia più di quanto non possa capitare ad altre più solide. Il rischio del riciclaggio ha dunque segnato un pericoloso balzo in avanti. Un esempio su tutti: i dati della Provincia di Lecce tracciano un 55 per cento in più, con 899 segnalazioni sospette nei primi sei mesi del 2021, che erano state 579 nello stesso periodo del 2020 e 881 nella seconda parte dell'anno. Una tendenza netta e un *trend* chiaro, questi, che lasciano poco spazio a interpretazioni.

PRESIDENTE. Senatrice Donno, la invito a concludere.

DONNO (*Ipf-CD*). Signor Presidente, le chiedo di concedermi il tempo che ci è stato assegnato per la dichiarazione di voto, ovvero dieci minuti. Tanto mi è stato comunicato.

PRESIDENTE. Le chiedo scusa, ma forse non sa che per ciascuna dichiarazione di voto su questa mozione la Conferenza dei Capigruppo ha assegnato cinque minuti, quindi lei ha già superato il suo tempo. Le concedo quindici secondi per concludere.

DONNO (*Ipf-CD*). La ringrazio, Presidente, mi riservo di depositare il testo scritto del mio intervento e concludo annunciando il voto favorevole di Insieme per il futuro-Centro Democratico. Il nostro Gruppo ritiene importante e necessario che il Governo si attivi in tutte le sedi europee affinché la sede dell'AMLA sia fissata, in Italia come chiede la mozione, anche alla luce del lavoro di contrasto svolto, che negli anni ha visto il nostro Paese costantemente impegnato nella lotta al riciclaggio e alle nuove mafie. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Il dramma dei testi scritti è che poi è più complicato sintetizzarli.

CUCCA (*IV-PSI*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CUCCA (*IV-PSI*). Signor Presidente, gentile signora del Governo, gentili colleghe e stimati colleghi, annuncio che cercherò utilizzare un tempo ancora più breve di quello a mia disposizione.

Quello di cui discutiamo è un tema particolarmente delicato. È noto che la criminalità organizzata da svariati anni, potremmo dire anche ormai da sempre, nelle sue variegate articolazioni è solita investire le ingenti risorse provento del malaffare, di traffici illeciti e di vicende legate comunque alla criminalità, procedendo al riciclaggio di queste somme nell'economia cosiddetta legale.

Proprio il dilagare di questo fenomeno - il riciclaggio del denaro sporco e la sua utilizzazione spesso per finanziare il terrorismo - rappresenta una grave minaccia per l'integrità dell'economia e del sistema finanziario dell'Unione europea, ovviamente con le necessarie e intuibili ricadute sulla sicurezza dei suoi cittadini.

Nel luglio 2021 la Commissione europea aveva presentato la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce la cosiddetta AMLA, un'autorità che dovrebbe vigilare per l'appunto a fini di anti-riciclaggio, che sarà una sorta di coordinamento delle attività dirette proprio a contrastare il fenomeno del riciclaggio di denaro proveniente da attività criminose e illecite. Tale autorità dovrà sostenere l'attività degli organismi che dovrebbero verificare l'evolversi delle attività di riciclaggio, controllandole e facendo in modo di coordinare l'attività nei vari Paesi.

L'attività che dovrà essere svolta è fondamentale per il controllo del fenomeno e per evitare inevitabili ricadute sull'economia, che ne risentirebbe in maniera assoluta, perché le somme che vengono riciclate sono ingentissime, anche lontane dal nostro modo di pensare ordinario. Tra l'altro, dobbiamo sempre tener presente che, come dicevo, dietro queste somme ingentissime, ci sono spesso crimini orribili per il cittadino, per la società, per le famiglie e per le comunità. Combattere il fenomeno del riciclaggio significa quindi combattere la criminalità, attaccandola al cuore.

Il Parlamento europeo, nell'istituire tale autorità, ha valutato positivamente la volontà di creare un meccanismo di sostegno e di coordinamento, com'è assolutamente necessario fare nell'ambito dell'Unione europea.

Dobbiamo ricordare l'attività che si svolge nel nostro Paese, probabilmente quello che più di qualunque altro si è adoperato per contrastare il fenomeno con l'adozione di provvedimenti specifici. Si pensi a tutti i controlli che vengono fatti regolarmente su tutte le transazioni economiche; sono obbligati a questo genere di controlli i dottori commercialisti, i consulenti del lavoro, i notai, gli avvocati e anche i revisori contabili. È quindi sotto gli occhi di tutti che l'Italia è all'avanguardia in questo genere di attività. Pertanto, è assolutamente da appoggiare il fatto che sia l'Italia a guidare quest'attività nuova, che deve vedere coinvolti tutti quanti noi e che, però, deve coinvolgere tutti i Paesi che insieme potranno svolgere adeguatamente l'attività di controllo e quindi contrastare finalmente - tutti uniti dallo stesso intento all'interno dell'Unione europea - l'attività di riciclaggio. Ciò servirà sicuramente a preservare la nostra economia dai danni irreversibili che altrimenti potrebbero verificarsi. *(Applausi)*.

URSO *(FdI)*. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

URSO *(FdI)*. Signor Presidente, su questa opportunità si era espresso anche il Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica nella sua relazione annuale al Parlamento presentata il 9 febbraio, proprio perché, durante l'attività svolta nello scorso anno, in diverse audizioni avevamo riscontrato questo interesse da parte di coloro che sono impegnati in prima linea nel contrasto al riciclaggio.

Parliamo in maniera specifica delle audizioni tenute dal presidente dell'Associazione bancaria italiana Patuelli, dal comandante generale della Guardia di finanza Zafarana e dagli uffici preposti della Banca d'Italia. E proprio per questo - e ne abbiamo dato conto al Parlamento - ci siamo confrontati con il ministro dell'economia Franco, nel corso della sua audizione. Di questo diamo conto anche nella mozione di Fratelli d'Italia, consapevoli, come voi, di quanto sia importante far ottenere al nostro Paese la sede della nascente Autorità europea e di come il nostro Paese abbia giustamente questa ambizione, perché non ha ancora un'autorità nel campo economico e finanziario. Le autorità nel campo economico e finanziario sono a Francoforte, a Parigi, a Madrid e, fuori dell'Unione europea, a Basilea. Tutte le altre grandi capitali della nostra Unione europea hanno quindi già la sede di un'autorità che opera nell'ambito economico e finanziario; tutte tranne l'Italia.

Nel merito, è evidente a tutti che l'Italia - e lo diciamo, ciascuno di noi, nelle rispettive mozioni presentate dai Gruppi parlamentari - ha sviluppato nel contempo una particolare normativa di contrasto al riciclaggio, peraltro esperita sul campo; normativa che deriva dal fatto che il nostro Paese per primo ha dovuto affrontare la questione e lo ha fatto grazie alla lungimiranza dei nostri giudici eroi - Livatino, Borsellino, Falcone - che indicarono

prima degli altri, già alla fine degli anni Ottanta, quanto importante fosse seguire la traccia del denaro per contrastare il riciclaggio delle grandi organizzazioni criminali. Per questo l'Italia ha sviluppato, prima e meglio di altri, una normativa per contrastare questo fenomeno, che poi si esplica nelle attività sul campo; il fenomeno, secondo i dati europei, che riguarderebbe almeno l'uno per cento del prodotto interno lordo dell'Unione europea.

Da questo dobbiamo partire per rivendicare la sede e, nel contempo, dobbiamo essere consapevoli che la questione oggi è più importante ancora rispetto al passato. E lo è per l'evoluzione tecnologica, che ha consentito un'integrazione dei flussi finanziari. Lo è perché, nel frattempo, questo ha portato anche, attraverso l'attività cibernetica collegata a quella finanziaria, alla realizzazione di monete virtuali e quindi anche di criptovalute, che sono lo strumento utilizzato dai gruppi internazionali (criminali, terroristici e non soltanto). E ciò ormai ha evidenziato la natura globale dei gruppi criminali e terroristi: pensiamo alle estorsioni realizzate anche grazie alle criptovalute; pensiamo - e concludo - a quanto sia importante il regime sanzionatorio nel campo fiscale, che i sistemi, i regimi o, meglio ancora, gli Stati canaglia cercano di aggirare attraverso le criptovalute o il riciclaggio di denaro.

Siamo consapevoli di quanto difficile sia la partita, perché ormai, nel negoziato europeo, è emerso un sindacato di blocco che rende difficile far valere nel merito il diritto del nostro Paese a ottenere la sede di tale Autorità. Ma credo che lo dobbiamo proprio ai giudici eroi, a Paolo Borsellino e a Falcone. Mi auguro che la sede dell'Autorità, in qualunque città italiana sia collocata, abbia poi una via o una piazza, laddove ha sede l'Autorità stessa, dedicata proprio a chi ha insegnato a noi e all'Europa la strada da perseguire per lottare, attraverso il riciclaggio, contro le grandi criminalità organizzate a livello internazionale. (*Applausi*).

MIRABELLI (*PD*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MIRABELLI (*PD*). Signor Presidente, siamo molto contenti di questa sessione. Siamo contenti che, presentando la mozione sullo stabilimento in Italia dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo (AMLA), abbiamo suscitato un dibattito e una condivisione importante su un tema decisivo. Il contrasto al riciclaggio è infatti un tema decisivo, prioritario, se si vuole combattere la mafia; se si vogliono combattere le organizzazioni criminali che sempre di più in questi anni stanno scegliendo di aggredire l'economia legale proprio riciclando gli ingentissimi proventi delle loro attività illecite. Solo in Italia si parla di 30 miliardi all'anno che vengono riciclati, attraverso l'introduzione nell'economia legale, e condizionano la nostra democrazia.

La lotta al riciclaggio è, quindi, un tema importante che si può affrontare solo nella dimensione in cui il riciclaggio ormai avviene. I soldi non hanno frontiere: se c'è qualcuno che si è globalizzato e che ha globalizzato davvero le proprie attività sono le mafie. Pertanto, il contrasto al riciclaggio va fatto a livello europeo e internazionale. Vanno messe in rete le energie;

vanno messi in rapporto tra loro i diversi livelli di investigazione, ma vanno anche costruite regole comuni per tutte le agenzie finanziarie e istituti controlli comuni per contrastare il riciclaggio. In questo senso, la creazione dell'Autorità europea contro il riciclaggio è una scelta giusta e importante, che va nella direzione dovuta.

Come altri hanno già detto e come è scritto nelle mozioni, torno solo a sottolineare perché l'Italia deve chiedere la collocazione nel nostro Paese della sede di AMLA: qui c'è la legislazione migliore per contrastare le mafie e controllare i circuiti finanziari; qui ci sono le dotazioni migliori dal punto di vista investigativo; qui ci sono le esperienze anche di gestione degli appalti, di attenzione alla provenienza dei fondi delle diverse aziende più avanzate. Noi non chiediamo quindi la sede dell'Autorità perché ci sentiamo un Paese più esposto di altri; non lo siamo. Noi chiediamo la sede dell'Autorità perché qui siamo in grado di mettere in campo un *know-how* positivo per tutto il Paese.

Questo è il tema che il Governo deve utilizzare; questo è il *know-how* che il Governo deve valorizzare, rivendicando la giusta assegnazione all'Italia dell'Autorità antiriciclaggio. (*Applausi*).

GRASSO (*Misto-LeU-Eco*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GRASSO (*Misto-LeU-Eco*). Signor Presidente, la criminalità economica ha ormai una dimensione sovranazionale e traslazionale e, per poterla contrastare, non si può più prescindere a livello quantomeno europeo da una comune cooperazione giudiziaria e da una piena condivisione di informazioni, di valori, di istituzioni, di norme incriminatrici e procedurali. La necessità di cooperazione e coordinamento ha portato anche l'Europa a proporre, per il tramite della Commissione europea, l'istituzione dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo.

Sarà, di fatto, la centrale di coordinamento delle varie autorità nazionali: coordinerà e assisterà le unità nazionali di informazione finanziaria, tra cui la UIF della Banca d'Italia, nel migliorare l'efficacia dell'attuazione delle norme europee, garantendo *standard* e metodi di valutazione del rischio uniformi. A essa verranno attribuiti i poteri di vigilanza e indagine, nonché il potere di imporre sanzioni. Ma il compito più importante - a mio avviso - rimane quello di facilitare il coordinamento e le analisi congiunte dei vari organi nazionali competenti per meglio individuare i flussi finanziari illeciti di natura transnazionale e transfrontaliera.

Giovanni Falcone - come è già stato ricordato - fu tra i primi ad approfondire questo aspetto: «*Follow the money*» era il suo motto. Per ricostruire i flussi di danaro egli si era spostato in America Latina, Brasile, Canada, USA, Svizzera ed Estremo Oriente, seguendo le tracce dei proventi dell'eroina nelle indagini su Pizza Connection e delle raffinerie di cosa nostra. Ricostruendo legami, rapporti e relazioni; mantenendo contatti con giudici,

investigatori e polizie di mezzo mondo e mettendo insieme e coordinando tutte le informazioni, egli è stato l'antesignano di questo ente europeo.

In Italia abbiamo imparato prima di altri che la lotta alla corruzione e alle mafie transnazionali si gioca aggredendo i patrimoni illeciti con la prevenzione, tramite la confisca, e con la repressione, tramite varie norme penali (riciclaggio, autoriciclaggio, impiego di denaro di provenienza illecita, trasferimento fraudolento di valori), nonché tramite le norme per garantire la trasparenza nelle transazioni finanziarie e negli assetti proprietari. Penso, ad esempio, alla procedura delle segnalazioni di operazioni sospette (SOS).

Rintracciare, identificare e riconoscere il denaro delle mafie e quello derivante dalla corruzione, dall'evasione fiscale e dall'economia sommersa, lavato e ripulito da decine e decine di transazioni, è la sfida del nuovo millennio. Il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo rappresentano oggi una grave minaccia non solo per la sicurezza dei cittadini, ma anche e soprattutto per l'integrità del sistema economico europeo, oggi inquinato anche dalle nuove tecnologie e dalle criptovalute.

Inoltre, in considerazione delle ingenti risorse che l'Europa ha stanziato per rilanciare l'economia dei Paesi membri, il cosiddetto PNRR, occorrerà porre un'attenzione particolare ai meccanismi di distribuzione dei finanziamenti. È infatti notorio e particolarmente prevedibile che questo settore è già - e lo diverrà ancora di più - appetibile per le organizzazioni criminali interessate a infiltrarsi negli appalti pubblici e nell'acquisizione di forniture. Il coordinamento risponde dunque alla duplice necessità di armonizzare in maniera coerente le norme europee di contrasto per proteggere il sistema finanziario dell'Unione, ma - soprattutto - di assicurare un efficace coordinamento investigativo. Possiamo essere orgogliosi nel ricordare che questo modello operativo, ideato da Falcone, è un modello *made in Italy*. Nel nostro Paese, infatti, la Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo è, sin dalla sua ultratrentennale istituzione, protagonista nella lotta al riciclaggio e nel coordinamento di dati, notizie e informazioni anche tramite un'imponente banca dati, che è un valore aggiunto per tutta l'Europa.

Penso che oggi possiamo a ben diritto rivendicare la primazia della visione del metodo di Falcone nel perseguire i capitali illeciti e negli anni abbiamo acquisito tutta l'esperienza e il *know-how* necessari per ospitare questa nuova Autorità.

Per tali motivi, annuncio il voto favorevole della componente Liberi e Uguali-Ecosolidali del Gruppo Misto alle mozioni che impegnano il Governo ad attivarsi in tutte le sedi europee affinché l'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo abbia sede in Italia. (*Applausi*).

MODENA (*FIBP-UDC*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MODENA (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, colleghi, Governo, siamo assolutamente favorevoli alla mozione - ricordo, tra l'altro, che si tratta di una

mozione del mio Gruppo - per una serie di ragioni che vado ad elencare in modo sintetico.

Per quanto riguarda la prima, noi parliamo dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo: due materie nelle quali l'Italia ha sicuramente una normativa avanzata e delle esperienze consolidate - come hanno ricordato i colleghi - per quello che concerne sia la lotta alla mafia, sia la lotta al terrorismo, che noi abbiamo vissuto in modo particolare come esperienza negli anni Settanta. Il mio Capogruppo in Commissione giustizia, senatore Giacomo Caliendo, ha ricordato il lavoro svolto in quegli anni per cercare di individuare chi finanziava il terrorismo. Oggi parliamo di un terrorismo globale, ma noi abbiamo una specificità anche in questo.

Come seconda ragione, siamo l'unico Paese ad avere l'Unità di informazione finanziaria della Banca d'Italia, importantissima per quanto attiene sia l'antiriciclaggio sia il terrorismo. Per tale ragione l'Associazione bancaria italiana - come ricordava prima un collega - ha fatto richiesta espressamente di avere sede in Italia.

Noi non abbiamo *authority* europee; tutti ricordiamo quello che è successo con l'Agenzia del farmaco. Abbiamo fatto una battaglia strenua (*Applausi*), che sappiamo come è andata a finire. È opportuno da questo punto di vista che tali peculiarità ci vengano riconosciute con riferimento all'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo.

È importante infine per altri due motivi sostanziali, come ha detto anche il Consiglio europeo. Oggi il riciclaggio passa attraverso le criptovalute e sistemi molto sofisticati. Noi siamo un Paese che volontariamente ha introdotto la fatturazione elettronica - come ben sa il nostro Sottosegretario - insieme al Portogallo. Siamo un Paese che forse ha tormentato fin troppo le piccole e medie attività con tutta una serie di sistemi di cui ci siamo caricati per dimostrare che eravamo fermi nella lotta all'evasione fiscale. È tempo allora che andiamo a vedere l'evasione fiscale grande che colpisce altri settori (*Applausi*), attraverso riciclaggi ben diversi e sistemi sofisticati, e lo dobbiamo fare dimostrando che il nostro Paese ha diritto e dignità per avere la sede in Italia.

La pratica si aprirà a settembre. Sappiamo che ci sono Basilea e Varsavia, ma sono convinta che il voto del Parlamento darà forza al nostro Governo per ottenere un obiettivo che sta a cuore a tutti noi. (*Applausi*).

PELLEGRINI Emanuele (*L-SP-PSd'Az*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PELLEGRINI Emanuele (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, credo che il voto favorevole alle mozioni al nostro esame, che riguardano l'impegno del Governo a sostenere e portare avanti con forza la sede italiana per l'*Authority* contro il riciclaggio e il finanziamento del terrorismo, porti con sé un dato politico importante. Esso dà peso sicuramente al nostro Paese all'interno di un equilibrio europeo che non sempre è così equilibrato come dovrebbe essere. Come è stato già ricordato, il nostro Paese non ha così tanta rilevanza

sulle sedi europee delle *authority* come dovrebbe avere. E crediamo che questo sia un passaggio importante per riportare al centro il peso del nostro Stato negli equilibri europei.

È stato detto che uno degli elementi che sostengono la candidatura dell'Italia come Paese che ospita la sede è il fatto che abbiamo la legislazione migliore. Non so se abbiamo la legislazione migliore, ma sicuramente abbiamo una cultura che ci porta ad avere una sensibilità molto importante. E questo dovrà essere uno degli elementi a cui il Governo dovrà ricorrere nello strutturare tutti quegli atti e gli impegni che a livello europeo dovranno portare a un risultato. Come già detto, abbiamo vissuto già nel passato momenti in cui l'Italia è stata messa di lato rispetto alla rilevanza politica che avrebbe dovuto avere. Credo pertanto che sarà un momento - come dire - di rivincita a livello europeo.

Come abbiamo già dichiarato ieri, in particolare in occasione della discussione del Trattato bilaterale Italia-Francia, credo che anche questo sarà un momento internazionale importante. Nella nostra mozione, a prima firma del senatore Candiani, abbiamo inserito anche un altro elemento importante, perché è una nostra battaglia storica e rilevante per il nostro Paese anche quella del tribunale sui brevetti. Se è vero che per l'*Authority* sull'antiriciclaggio abbiamo una normativa ferrea e importante, è altrettanto vero che dobbiamo valorizzare i dati positivi che abbiamo all'interno del nostro Paese, come ad esempio il fatto che in Italia ci sia un numero di brevetti e di marchi registrati e commercializzati altissimo che sicuramente a livello europeo non ha eguali. (*Applausi*). È per questo che all'interno della nostra mozione abbiamo voluto inserire un altro elemento per valorizzare ancora di più la presenza italiana nell'ambito degli equilibri europei.

Non vogliamo però semplicemente parlare di cose negative, come dicevo prima. L'*Authority* antiriciclaggio perché abbiamo la normativa migliore e abbiamo il fenomeno mafioso? Abbiamo anche cose estremamente positive, che sono i beni culturali. Infatti, sempre nella nostra mozione abbiamo chiesto al Governo un ulteriore impegno per portare in Italia la sede dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura: è un altro elemento importante. Valorizziamo - chiediamolo al Governo - tutto ciò che di positivo ha il nostro Paese. Dobbiamo smetterla di tirarci addosso croci e maledizioni; parliamo di cose positive e pensiamo per il meglio. Questi sono momenti importanti.

Il Governo, il Sottosegretario e il Ministro sicuramente potranno lavorare in questo senso e avranno sempre il sostegno del Parlamento, perché porteremo dei valori aggiunti; ciò senza considerare i valori positivi rappresentati dall'indotto: ovviamente portare delle *authority* così importanti sul nostro territorio vuol dire offrire possibilità di lavoro, di sviluppo e di creazione di professionalità nuove e più importanti, che possano poi guardare anche al mondo europeo e internazionale. Abbiamo sempre detto di guardare al di fuori dei nostri confini per imparare dove si può, ma non dimentichiamo mai che nel nostro DNA, all'interno del nostro Paese e delle nostre persone abbiamo dei valori che abbiamo il diritto e il dovere di diffondere nel mondo. Non dimentichiamocelo.

Ringrazio il Governo per l'impegno che sicuramente vorrà portare avanti e ringrazio il Parlamento per il sostegno che sicuramente vorrà dare alle mozioni in esame. *(Applausi)*.

PIARULLI *(M5S)*. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PIARULLI *(M5S)*. Signor Presidente, rappresentanti del Governo, colleghi, nella risoluzione del 10 luglio il Parlamento europeo ha previsto la costituzione dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo. Si tratta di una conquista, perché la battaglia contro il riciclaggio e il terrorismo, in tutte le sue forme, deve essere effettuata in maniera condivisa, con la cooperazione di tutti gli Stati. Siamo a conoscenza del fatto che il riciclaggio di denaro rappresenta una minaccia per l'integrità dell'economia. Dopo il *lockdown* siamo tutti a conoscenza del fatto che le nuove mafie avranno altri volti, s'infiltreranno proprio nel tracciamento dei fondi del PNRR. Teniamo presente il nuovo strumento delle criptovalute. Il grido d'allarme è arrivato dal Presidente della Banca d'Italia e dalle varie procure italiane.

Avere la sede in Italia è un riconoscimento di tutte le battaglie effettuate fino ad ora: codice degli appalti, codice anticorruzione, normativa sulla mafia, ergastolo ostativo, ma soprattutto un riconoscimento alle vittime innocenti che, nel corso di questi anni, hanno messo a repentaglio la propria esistenza. Sono trascorsi trenta anni dalla morte di Falcone e Borsellino: due uomini delle istituzioni che, per il valore assoluto della legalità e democrazia, hanno messo a repentaglio la propria esistenza. *(Applausi)*.

Segui i soldi e troverai i crimini. Gli uomini passano, le idee restano e continueranno a camminare sulle gambe degli altri uomini. Noi con forza, con tutte le nostre energie, siamo favorevoli all'istituzione di questa Autorità e chiediamo che venga allocata in Italia. Il MoVimento 5 Stelle voterà a favore delle mozioni in esame. *(Applausi)*.

PRESIDENTE. Prima di passare alla votazione, avverto che, in linea con una prassi consolidata, le mozioni saranno poste ai voti secondo l'ordine di presentazione.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 484, presentata dal senatore Mirabelli e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B)*.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 495, presentata dal senatore Urso e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B)*.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 499, presentata dalla senatrice Bernini e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B).*

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 507, presentata dal senatore Candiani e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B).*

Interventi su argomenti non iscritti all'ordine del giorno

BOSSI Simone *(L-SP-PSd'Az)*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOSSI Simone *(L-SP-PSd'Az)*. Signor Presidente, purtroppo ad oggi, dopo appena un mese di irrigazione, la situazione nella Bassa Lombardia è sotto gli occhi di tutti. È una situazione che definisco non grave, ma drammatica.

Il mondo agricolo è consapevole di ciò che sta accadendo e forse è l'unico a rendersene conto. Certo, se non piove non è colpa di nessuno, per carità, ma non è per dare colpe o per cercare un colpevole che ho deciso di fare questo intervento. Io ho deciso di prendere la parola oggi perché sto facendo mia e dell'Aula la paura di tutta una filiera, quella agricola che, se non produce oggi, domani non avrà nulla da mettere sulle nostre tavole.

Di fronte alle immagini dei campi aridi e spogli di produzione, mi domando perché, se il mondo agricolo non si vuole arrendere e non si sta arrendendo, la politica si sia già arresa. Non basta rifugiarsi dietro le misure di indennizzo contenute nei decreti che verranno emanati. Gli agricoltori del Nord stanno ancora chiedendo, a gran voce, che i bacini montani lascino andare l'acqua per salvare almeno quella parte di produzione e di coltura che ancora oggi può essere salvata. Non parliamo di vent'anni di irrigazione e di acqua. Parliamo di poche settimane, parliamo di circa venti giorni di acqua.

L'altro ieri ho incontrato gli agricoltori della Coldiretti, che mi hanno portato in quei campi. Ho visto i loro occhi affranti di fronte ai raccolti secchi. Ho visto nei loro occhi rassegnazione per l'abbandono da parte delle istituzioni. Proprio parlando con loro ho deciso di intervenire e di prendere la parola in questa Aula.

Il mio è un appello al Ministero, al Ministro e ai Presidenti di Regione, perché ancora una parte di raccolto si potrebbe salvare, intervenendo non domani o dopodomani, ma oggi e subito. Manca all'appello l'80 per cento dei raccolti di mais da trinciato e di foraggio da fieno.

I prati stabili sono definitivamente compromessi e oltre alla perdita economica perdiamo anche un importante patrimonio di biodiversità. Ci saranno pesanti ripercussioni anche per l'alimentazione delle mandrie di bovini e qualche azienda si vedrà costretta a ridurre il numero di capi non potendo garantirne l'alimentazione.

È quindi necessario l'immediato rilascio di tutta l'acqua invasa nei bacini alpini che ammonta, al 26 giugno, a 182 milioni di metri cubi. Dico questo perché ci sono norme che stabiliscono il prioritario uso agricolo dell'acqua rispetto ad altri usi: agricolo, potabile, uso domestico ed energetico. Senza cibo l'energia servirà a poco. *(Applausi)*.

Non possiamo assolutamente permetterci di ritardare il rilascio dei bacini alpini... *(Il microfono si disattiva automaticamente)*... rappresenta la maggior voce del PIL nazionale. *(Applausi)*.

ANGRISANI *(UpC-CAL-Alt-PC-AI-Pr.SMART-IdV)*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ANGRISANI *(UpC-CAL-Alt-PC-AI-Pr.SMART-IdV)*. Signor Presidente, sono qui in Aula, purtroppo per l'ennesima volta, a rappresentarvi le preoccupazioni di tutti noi cittadini dell'Agro Sarnese-Nocerino sulla sorte dell'ospedale Martiri del Villa Malta di Sarno. Numerose sono le interrogazioni, non solo da parte mia, che non hanno avuto alcuna risposta.

Ormai - mi duole dirlo - è diventato una telenovela: oggi la cronaca locale torna a evidenziare le criticità del pronto soccorso e le difficoltà a reperire unità che possano mantenerlo aperto. Pensate che i turni al pronto soccorso risultano coperti solo fino ad oggi, 6 luglio, e a tutto ciò si aggiunge anche la clamorosa notizia della chiusura di un'ala del reparto di medicina: altri quindici posti letto in meno. Non bastava la chiusura del reparto di lungodegenza, la recente chiusura del reparto di ortopedia, le difficoltà dei reparti di ginecologia ed ostetricia. E non può bastare la carenza di medici a giustificare tutto ciò. Si prefigura un'estate nera per l'ospedale, ma soprattutto per gli sfortunati cittadini che avranno bisogno di cure.

La mancata programmazione, continue emergenze, poca lungimiranza politica e gestionale e i continui disagi per gli utenti e gli operatori sanitari sono chiaramente imputabili all'ASL e alla Regione Campania, che ne dovranno rispondere al più presto. Per questo, con il comitato "Insieme per la salute" di cui faccio parte, abbiamo istituito, insieme all'amministrazione e ad altri esponenti politici, un tavolo permanente per sollecitare l'interessamento delle istituzioni competenti. Sembrava che avessero tutti la bacchetta magica e invece, puntualmente, le promesse si sono rivelate propaganda sulla salute dei cittadini: promesse di potenziamento del personale puntualmente disattese; impegni per assunzioni e innovazioni mai mantenuti; tutto ciò nonostante il Martiri del Villa Malta sia stato riconosciuto per la posizione strategica fondamentale nella rete ospedaliera a cavallo tra le Province di Napoli e Salerno.

Ripeto: manca nella sanità campana un'attività programmatica lungimirante. Non c'è una visione politica univoca che dia risposte ai territori quando viene stilato il piano sanitario regionale. Non vi è sinergia istituzionale, pur avendo spesso una filiera governativa dello stesso colore, dall'Esecutivo parlamentare a tante amministrazioni provinciali e locali, come accade a Sarno e nella Provincia di Salerno.

Intanto, noi non ci fermeremo, ognuno per la propria possibilità, perché il Martiri del Villa Malta di Sarno non venga abbandonato a se stesso. L'ospedale è stato progettato per una vocazione diversa; ora invece è candidato a essere fanalino di coda della rete ospedaliera dell'Agro, e non solo. Dico basta a questa gestione in danno del pubblico, per favorire... *(Il microfono si disattiva automaticamente)*... perché i cittadini, giustamente, per tutelare la loro salute si rivolgono, in mancanza di un servizio sanitario pubblico, a centri convenzionati.

Presidenza del vice presidente ROSSOMANDO (ore 12,05)

MATRISCIANO (M5S). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MATRISCIANO (M5S). Signor Presidente, colleghe e colleghi, vorrei portare alla vostra attenzione quanto accaduto nella tarda serata del 19 giugno. I Carabinieri di Mortara sono stati chiamati a intervenire in stazione, dove un operaio trentenne ubriaco aveva aggredito prima verbalmente e poi a schiaffi, per futili motivi, un macchinista e un capotreno di Trenord. Insulti, spintoni e schiaffi hanno costretto i due ferrovieri a rinchiudersi nella cabina di testa del convoglio. I Carabinieri hanno trovato l'uomo che, ubriaco, con calci e pugni tentava di entrare nella cabina. L'uomo, residente a Mortara, ha tentato di aggredire anche i Carabinieri, sferrando loro calci, tanto che i militari sono stati costretti a utilizzare lo *spray* urticante in dotazione. Il trentenne è stato arrestato per resistenza e violenza a pubblico ufficiale e denunciato per interruzione di pubblico servizio, perché il treno è stato soppresso.

Due giorni dopo, nella serata del 21 giugno, sempre nel pavese, un capotreno viene accerchiato e aggredito da quattro persone armate di catena non appena si aprono le porte della carrozza. L'attacco, il cui motivo era apparentemente futile, scaturito da un alterco, ha avuto conseguenze serie per la vittima del pestaggio, che ha riportato una frattura scomposta e diverse settimane di prognosi.

Ultimo in ordine di tempo, ma non di gravità, è quanto accaduto il 24 giugno su un treno Italo proveniente da Venezia: la capotreno, arrivata alla postazione occupata da un gruppo di giovani passeggeri, ha chiesto i biglietti e ha insistito per vederli, ma i giovani, dopo aver nicchiato, hanno reagito in maniera violenta e hanno colpito la donna e un altro collaboratore alla testa. Poi il gruppo è scappato di corsa giù dalla carrozza, facendo perdere le tracce tra i binari, perché nel frattempo il convoglio era arrivato in stazione. Drammatico è il racconto di un testimone, che ha riferito che c'è stato un parapiglia e alla fine ai ferrovieri colava il sangue sulla divisa, una scena cruenta e sconvolgente.

Questi episodi sono solo quelli accaduti nell'ultima settimana, che sono stati riportati dagli organi di informazione. Quanto accaduto alla capotreno e ai suoi colleghi è una scena che si ripete sempre più spesso, anche se - per fortuna - non sempre c'è un epilogo violento e in alcuni casi le persone

senza biglietto hanno accettato di scendere dal vagone, ma gli episodi sono frequenti. La sicurezza sui treni, Presidente, sia del personale ferroviario che dei viaggiatori, sta diventando sempre più un problema perché, oltre a quanto accaduto sui convogli di Trenord, con molestie a ragazzine all'inizio di giugno, il pericolo corre anche sui treni meno popolari, come appunto Italo e Frece, che prevedono una prenotazione, ma chi vuole delinquere certo non si preoccupa di avere il biglietto.

Sul tema della salute e sicurezza anche dei lavoratori del comparto ferroviario la nostra Commissione ha già approvato all'unanimità una risoluzione, ma crediamo che questo problema sia in crescita e quindi bisogna affrontare e risolvere le criticità legate alla sicurezza del personale in questione. La soluzione del problema non può essere più procrastinata, in quanto l'*escalation* di atti violenti sta danneggiando i lavoratori e l'utenza.

Per queste motivazioni, ho depositato un'interrogazione rivolta ai Ministri dell'interno e delle infrastrutture e mobilità sostenibili, perché occorre conoscere quali strategie intendano attuare per garantire la sicurezza dei lavoratori e dei passeggeri a bordo di tutti i convogli ferroviari. (*Applausi*).

LAUS (PD). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LAUS (PD). Signor Presidente, sento l'obbligo non soltanto morale di riportare l'attenzione dell'Assemblea sul tema dell'iscrizione all'anagrafe dei figli e delle figlie delle famiglie arcobaleno. Abbiamo abbandonato i sindaci a una responsabilità che è tutta del Parlamento, il quale è gravemente inadempiente nei confronti di centinaia di genitori, ma soprattutto di bambine e bambini che per nessuna ragione dovrebbero - come sta accadendo - essere ignorati dallo Stato, ignorati al punto di non vedere riconosciuta appieno la loro condizione di cittadini e cittadine.

Plaudo alla sensibilità dimostrata da diversi sindaci e sindache nel nostro Paese.

Eppure, il fatto che una questione tanto delicata come la corretta definizione dello *status* giuridico di bambine e bambini appena nati sia ridotta a prove di resistenza e di coraggio, peraltro pericolosissime per l'incertezza che producono nei fatti concludenti, mi sembra indegno di una democrazia che continua a proclamarsi avanzata.

Sono d'accordo con Stefano Lo Russo, sindaco di Torino, città di avanguardia in tema di diritti, quando dice di volersi muovere nel solco della legalità, anche nell'interesse dei destinatari delle iscrizioni, e non soltanto per tutelare l'amministrazione pubblica da contestazioni, peraltro già arrivate nei mesi scorsi. Ma non possiamo più nascondere la testa sotto la sabbia e lasciare che quel solco venga tracciato dalle sentenze che i tribunali emettono di volta in volta; sentenze che nella loro evidente eterogeneità ci hanno allontanati da un indispensabile quadro di certezza del diritto.

Serve una legge che faccia uscire le bambine e i bambini dal limbo, non solo a Milano o a Torino, ma in tutta Italia; una legge che affronti le varie fattispecie in modo puntuale, senza confondere, ad esempio, le registrazioni

con le trascrizioni degli atti fatte all'estero. Serve una legge in nome di questi principi costituzionali che uniscono tutto il Paese con la sua pluralità di municipi e campanili. E se si ha paura che manchi il tempo di costruirla da zero prima della fine del mandato - fermo restando che realtà come Rete Lenford ci hanno già sottoposto convincenti soluzioni sul piano normativo - utilizziamo lo strumento dell'emendamento da inserire nel primo provvedimento utile.

Interrompiamo questa logorante situazione di incertezza per decine e decine di famiglie italiane e per i loro figli. Non c'è nulla di più facile da realizzare, purché riconosciamo che tale questione riguarda il Parlamento, che ci riguarda. (*Applausi*).

MAUTONE (*Ipf-CD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAUTONE (*Ipf-CD*). Signor Presidente, voglio attenzionare un dovuto ricordo della tragedia della Marmolada.

Il crollo del ghiacciaio della Marmolada e la conseguente tragedia verificatasi è stata una tragica fatalità, probabilmente imprevedibile nei tempi e nelle modalità, ma permettetemi di dire per certi aspetti ipotizzabile, visti i danni e le alterazioni quasi irreparabili che colpiscono i nostri territori.

Il procuratore capo di Trento ha affermato - parole testuali - che possiamo escludere una negligenza o una imprudenza. Tutto questo è in rapporto al surriscaldamento dell'atmosfera, ai cambiamenti climatici, ai conseguenti danni ambientali e alla particolare ondata di caldo che ha investito il nostro Paese.

È stata purtroppo una carneficina. Il bilancio ufficiale allo stato attuale è di sette vittime, otto feriti e, fortunatamente, per adesso solo cinque persone disperse. Dico fortunatamente perché sono stati ritrovati altri otto dispersi in discrete condizioni. In tanta tristezza e dolore una buona notizia è rappresentata dal ritrovamento di un bambino di nove anni disperso, che è ritornato a casa sano e salvo.

Il crollo della slavina sulla Marmorata, nella sua tragicità e drammaticità, rappresenta un dolore immenso per tutto il nostro Paese e costituisce un monito per tutti noi sulla gravità dell'emergenza ambientale e sugli effetti deleteri degli sconvolgimenti climatici.

È necessario attuare politiche e provvedimenti non più procrastinabili, ma indispensabili affinché le tante, troppe tragedie che coinvolgono slavine, costoni rocciosi, fiumi in piena, inondazioni o alluvioni - tragedie tutte legate all'incuria dell'uomo e alla scarsa tutela dell'ambiente - non si ripresentino più. Sappiamo invece che esse si verificano oramai a cadenza quasi ripetitiva, accompagnate da morti, dolori e sofferenze.

Come affermato anche dal nostro presidente del Consiglio Draghi, l'Italia piange queste vittime e tutti gli italiani si stringono commossi intorno alle famiglie che hanno perduto i loro cari. Questo è un dramma che certamente ha delle imprevedibilità, ma che dipende anche dal deterioramento dell'ambiente e delle situazioni climatiche. Occorrono provvedimenti perché

quanto accaduto sulla Marmolada non accada più in Italia. Lo stesso Papa Francesco ha invitato a pregare per le vittime del crollo e ha spronato tutte le istituzioni e chi è preposto alla tutela dell'integrità della salute pubblica a trovare urgentemente nuove vie rispettose delle persone e della natura.

Vado a concludere, signora Presidente. Con questo mio intervento, accanto al sentito cordoglio e al profondo, immenso dolore di tutti noi presenti in questa Aula e di tutti gli italiani, si senta forte il dovere di agire: non solo parole, ma fatti concreti. Ora o mai più. Una preghiera. (*Applausi*).

LONARDO (*Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC))*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LONARDO (*Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC))*). Signora Presidente, un articolo apparso ieri sulla rubrica «Diritto e rovescio», su «Italia Oggi», riporta un fatto increscioso, evidenziando un aspetto contraddittorio della giustizia italiana. Nell'ottobre del 2019, a Trieste, un giovane disabile mentale, Alejandro Augusto Meran, uccise a colpi di pistola, nel corso di una sparatoria in questura, gli agenti Matteo Demenego e Pierluigi Rotta, sottraendo l'arma a uno dei due. Ebbene, la sentenza della corte d'assise di Trieste, lo scorso 5 maggio, ha assolto l'assassino perché ritenuto non imputabile, in quanto schizofrenico e incapace di intendere e di volere. Ma il vero paradosso è la condanna delle famiglie dei due poliziotti deceduti in servizio a pagare le spese processuali, quantizzate in una cifra dai 30.000 ai 35.000 euro. Siamo all'assurdo, se ci pensiamo. Il presidente della Repubblica Mattarella ha insignito giustamente con la medaglia d'oro i due poliziotti, e di questo lo ringraziamo.

Si è trattato di una triste vicenda di cronaca, tragica e notoria per la sua singolare dinamica, che possiamo riassumere in due enormi vuoti normativi, che noi senatori della Repubblica, in un'epoca di riforme come quella attuale, dobbiamo colmare. Quando un imputato è assolto perché non imputabile per vizio di mente le spese rischiano di ricadere definitivamente sulle persone offese e sui danneggiati dal reato: un paradosso giuridico. Ma vi è di più: il nostro sistema prevede il necessario doppio processo per la vittima di reato che vuole il risarcimento del danno, in questa ipotesi. La vittima del reato, parte civile in un processo penale, quando un imputato viene prosciolto per incapacità di intendere e di volere, se vuole il risarcimento del danno è costretta a ricominciare da zero un diverso processo civile. Il giudice penale infatti non può pronunciarsi sulla domanda di risarcimento della parte civile e la persona offesa è costretta a un doppio processo. Così prescrive il codice di procedura penale, salvato dalla Corte costituzionale con sentenza n. 12 depositata il 29 gennaio 2016. La Consulta ha sottolineato che il legislatore, se lo vuole, può disporre diversamente ed evitare la perinegrazione giuridica alla persona offesa, vittima due volte. Preannuncio pertanto una iniziativa legislativa in tal senso, con l'auspicio che il Senato la voglia accogliere. (*Applausi*).

DE BONIS (*FIBP-UDC*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BONIS (*FIBP-UDC*). Signora Presidente, riguardo alla siccità e all'emergenza che sta colpendo il nostro Paese, bene ha fatto il Consiglio dei ministri a deliberare lo stato di emergenza fino al dicembre 2022. Pur tuttavia vorrei far presente che la situazione comincia a peggiorare anche nelle Regioni del Mezzogiorno. È di questi giorni la notizia che, dopo la conclusione dei raccolti, molti agricoltori mi segnalano - e segnalano ai nostri Gruppi - la difficoltà di far fronte agli elevati costi, all'incremento del carburante e dei fertilizzanti, con produzioni che si sono ridotte del 20, del 30 e in alcune aree anche del 40 per cento. In tutta evidenza, non c'è una linea gotica della siccità che possa dividere le zone siccitose del nostro Paese, trascurando tutto il quadro nazionale.

La fase climatica si sta facendo drammatica anche in Toscana, nel Lazio e via via nelle Regioni del Sud. Sono nella mia Regione, la Basilicata, serbatoio d'acqua di almeno tre Regioni, sono stati prelevati oltre 11 milioni di metri cubi d'acqua in una sola settimana dagli invasi. Le disponibilità idriche generali stanno segnando un *deficit* di circa 37 milioni di metri cubi sull'anno precedente.

Per questo chiedo al Governo e al Parlamento di farsi carico di una strategia che consenta alle nostre Regioni di attrezzarsi per tempo prima che sia troppo tardi, così come sollecito le Regioni del Sud a segnalare lo stato di emergenza in modo da poter dare una speranza ai nostri produttori, che temono di non avere risorse per poter programmare le prossime semine. Minacce arrivano anche sul fronte della produzione olivicola, che accusa un pesante *deficit* idrico.

Per fronteggiare l'attuale situazione alle Regioni del Centro-Sud servono gli stessi mezzi e i poteri straordinari messi a disposizione delle altre Regioni. Dobbiamo fare in modo di proteggere e rafforzare le risorse strategiche del Paese: credo, infatti, che l'acqua sia un bene essenziale per l'uomo, per l'agricoltura e per tutti i settori produttivi.

Avviandomi alla conclusione, serve anche una strategia di lungo periodo che consenta di prepararsi a eventi che purtroppo costituiscono sempre meno una eccezionalità. Dobbiamo ammodernare la rete idrica, mantenere la rete esistente, dotarci di dissalatori (pur nel rispetto della legge salva mare) ed imparare dagli israeliani che l'acqua si usa tre volte: prima per gli usi civili, poi per quelli produttivi e poi per quelli agricoli. La grande sete del pianeta non è e non sarà un'emergenza episodica e non c'è alcuna ragione per immaginare che non flagellerà anche il Meridione d'Italia, che ha già molti divari con il Nord e non merita di collezionarne un altro sull'onda dell'emergenza.

Atti e documenti, annunzio

PRESIDENTE. Le mozioni, le interpellanze e le interrogazioni pervenute alla Presidenza, nonché gli atti e i documenti trasmessi alle Commissioni permanenti ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento sono pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

**Ordine del giorno
per la seduta di giovedì 7 luglio 2022**

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica domani, giovedì 7 luglio, alle ore 9,30, con il seguente ordine del giorno:

I. Discussione del documento:

Riforma del Regolamento del Senato a seguito della revisione costituzionale concernente la riduzione del numero dei parlamentari - *Relatori* CALDEROLI e SANTANGELO (doc. II, n. 12)

II. Interrogazioni a risposta immediata, ai sensi dell'articolo 151-*bis* del Regolamento (*alle ore 15*)

La seduta è tolta (*ore 12,22*).

Allegato A**MOZIONI****Mozioni sul piano oncologico nazionale**

(1-00487) (18 maggio 2022)

BINETTI, RIZZOTTI, STABILE, FREGOLENT, CANTÙ, FLORIS, PAPATHEU, AIMI, GALLONE, VONO, CALIGIURI. -

Ritirata

Il Senato,

premessi che:

martedì 13 aprile 2021, l'Assemblea del Senato ha discusso due mozioni sull'adozione del nuovo piano oncologico nazionale, una a prima firma della prima firmataria del presente atto di indirizzo (1-00288) e un'altra a prima firma della senatrice Boldrini (1-00289). Nel corso della seduta le due mozioni vennero ritirate e fu presentato un ordine del giorno (9/1-00289/001), condiviso e votato all'unanimità da tutti i gruppi, proprio per dare maggiore forza alle richieste;

i 15 impegni previsti dall'ordine del giorno, votati da tutti senatori presenti in Aula, impegnavano il Governo ad agire tempestivamente data la gravità del tema-problema, ma a distanza di un anno sono rimasti praticamente tutti inapplicati, in particolare lo stesso piano oncologico nazionale di cui non v'è alcuna traccia, nonostante il piano oncologico europeo potrebbe rappresentare un punto di partenza efficace e una falsariga precisa e puntuale che richiederebbe solo un adattamento alla luce delle risorse umane, tecnologiche, scientifiche ed economiche presenti in Italia;

nello specifico, l'ordine del giorno approvato nel 2021, espressione della più ampia maggioranza possibile, impegnava il Governo:

1) ad adottare iniziative per provvedere con urgenza all'approvazione di un nuovo piano oncologico nazionale (PON), coordinato con il piano oncologico europeo;

2) a monitorare la concreta attuazione del PON, delle azioni e dei contenuti programmatici previsti, con una cabina di regia e un adeguato sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia;

3) ad adottare iniziative utili per promuovere le reti oncologiche regionali, con uno stanziamento di risorse dedicato al finanziamento delle relative attività e un adeguato piano di incentivi in favore delle Regioni nell'ambito delle risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale;

4) ad attivare i necessari strumenti per il coordinamento, a livello nazionale, delle attività delle reti oncologiche regionali, nell'ottica di garantire l'efficacia del modello;

5) ad adottare iniziative volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale per ridurre il numero di accessi alle strutture ospedaliere, valutando un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

6) ad adottare iniziative per rinnovare e modernizzare la dotazione strumentale e tecnologica per gli *screening* diagnostici, per le attività chirurgiche e per la radioterapia;

7) ad incentivare l'attuale tavolo tecnico interistituzionale per l'adozione di linee di indirizzo o linee guida per la telemedicina e per gli altri servizi della sanità digitale in generale e per il settore oncologico in particolare, nell'ottica di uniformare i programmi esistenti;

8) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che abbiano i requisiti necessari per l'accreditamento, anche in collaborazione con il settore privato, per sviluppare e diffondere la terapia CAR-T e valorizzare i ricercatori;

9) ad adottare iniziative di competenza per attuare quanto previsto dall'intesa Stato-Regioni 26 ottobre 2017 sul documento "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche" nell'ottica di garantire il più ampio accesso alla medicina di precisione, assicurare la multidisciplinarietà attraverso strutture adeguate e personale altamente specializzato;

10) a dare nuovo impulso all'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e garantire il pieno funzionamento degli *European reference network*, attraverso specifici finanziamenti;

11) ad adottare nuove strategie comunicative per garantire nei tempi e nei modi corretti accesso agli *screening* diagnostici, alle terapie di ultima generazione e alla riabilitazione sociosanitaria per consentire ai pazienti un reinserimento tempestivo nella loro vita sociale e professionale;

12) a valutare la possibilità di trasformare una comunicazione verbale in una comunicazione multicanale: televisite, teleconsulti, videochiamate, *chat* con i familiari, *videomeeting* tra gli operatori, maggior uso dello *smartphone* e dei *tablet* anche in ospedale o nei servizi territoriali;

13) a facilitare la consegna di farmaci a domicilio per attivare una riduzione degli spostamenti. L'accesso del farmacista a domicilio consentirebbe di fornire le informazioni necessarie a mantenere alta la *compliance* al farmaco e un maggior *empowerment* del paziente e del *caregiver*;

14) a monitorare l'attuazione del decreto-legge n. 34 del 2020, in cui si riconoscono ruolo e funzioni dell'infermiere di famiglia, adottando iniziative per un reclutamento nazionale adeguato, nell'ottica di rafforzare i servizi territoriali anche per i malati oncologici;

15) ad adottare iniziative volte a garantire il sostegno psicologico così come previsto dai LEA anche ai malati oncologici;

in quella occasione, il sottosegretario per la salute Sileri, ringraziando sia per le mozioni che per l'ordine del giorno unitario presentato, ha rievocato quanto accaduto non solo con il piano pandemico, obsoleto e decisamente inadeguato, in quanto previsto per l'influenza, ma anche con il piano oncologico risalente al 2011, successivamente prorogato fino al 2016 e nel più assoluto silenzio fino al momento del dibattito in Aula;

come si evince dal resoconto di seduta, il sottosegretario Sileri si esprime ribadendo: "Quindi, posso solamente dire due cose. La prima è chiedere scusa e chiedo scusa a nome del Ministero" e aggiungendo: "Sarà ovviamente mia premura seguire il nuovo documento e far sì che venga approvato senza dover aspettare altri cinque anni. Voglio sperare che tutto ciò accada con un documento che possa essere inviato alla Conferenza Stato-Regioni entro giugno (...) Vi ringrazio quindi della mozione trasformata in ordine del

giorno. Vi do la mia parola e vi assicuro il mio impegno affinché questo documento possa vedere l'*iter* concluso nel più breve tempo possibile (...) Questo è il mio impegno. Non leggerò tutto quello che è scritto sul testo a mia disposizione, perché - vi dico la verità - per gran parte non lo condivido: non condivido tutti i preamboli; non condivido tutte le parole spese a parlare di tante cose. Quello che conta è che, entro giugno, dobbiamo avere il piano. Esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno G1";

la citazione è completa perché è importante confrontare quel che il Governo disse allora e il più assoluto silenzio che ne è seguito in questo anno; occorre inoltre aggiungere che il 13 aprile 2021, il sottosegretario Sileri non puntualizzò di quale mese di giugno si trattasse, ma essendo ormai trascorso il mese di giugno 2021, è auspicabile che il riferimento fosse al mese di giugno 2022, considerato che nel 2023 ci sarà un nuovo Parlamento, un altro Governo e forse una diversa impostazione;

considerato che:

le ripercussioni della mancanza del piano oncologico nazionale si sono notate su diversi fronti; non hanno riguardato solo i volumi di prestazioni ma anche le modalità di presa in carico multidisciplinare del paziente e i relativi processi organizzativi. La misura dell'impatto quantitativo e qualitativo della pandemia sull'oncologia e sull'onco-ematologia ha accentuato ulteriormente le differenze regionali già esistenti, rendendo necessario un piano di recupero più ampio che colmi in primo luogo le disparità tra Regioni. Tra queste, per esempio, rimane prioritario il completamento delle reti oncologiche regionali ancora non realizzate in alcune Regioni. Nel rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021, la Corte dei conti ha messo in luce il diverso grado di implementazione delle numerose misure introdotte nel 2020 per contrastare l'impatto della pandemia sull'assistenza sanitaria;

per tale motivo, l'8 febbraio 2022 la prima firmataria ha presentato la mozione 1-00453 che impegna il Governo a realizzare un piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia e ad approvare quanto prima il nuovo piano oncologico nazionale. Nell'atto è stato sollecitato il Governo a monitorare l'intero piano, le azioni previste e i finanziamenti già predisposti, attraverso una cabina di regia e un sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia ed onco-ematologia, ma nonostante tutto dal Ministero non è arrivato alcun segnale di risposta positiva, in cui si evidenziasse una concreta volontà di superare questa fase di *post* pandemia in cui il malato oncologico, più di molti altri, si è sentito trascurato;

L'Europe's beating cancer plan deve essere il punto di partenza per la realizzazione del piano oncologico nazionale. A fronte dei 2,7 milioni di casi di tumore diagnosticati nel 2020 in Europa, 1,3 milioni di morti per cancro e l'aumento previsto del 24 per cento dei casi oncologici entro il 2035, il piano europeo di lotta contro il cancro identifica gli obiettivi strategici da raggiungere attraverso 10 "iniziative faro" e le relative azioni concrete. Le azioni previste a supporto delle iniziative faro saranno sostenute attraverso un finanziamento di 4 miliardi di euro destinati agli Stati membri che ne recepiranno i principi attraverso progettualità in linea e nel rispetto delle tempistiche indicate dal piano. Il piano europeo di lotta contro il cancro si basa su una logica organizzativa e definisce tempistiche precise per l'attuazione delle azioni e i

relativi finanziamenti. Inoltre, prevede modifiche regolatorie e legislative come la strategia farmaceutica per l'Europa e la riforma della legislazione farmaceutica per favorire l'*early access* ai medicinali antitumorali. Anche i regolamenti relativi ai farmaci orfani dovranno essere rivisti allo scopo di migliorare le condizioni di studio ed autorizzazione. Il piano oncologico nazionale dovrà quindi pensare a misure regolatorie AIFA alla luce di quanto previsto dal piano europeo;

rilevato che:

poiché si stima che entro il 2035 il cancro sarà la prima causa di morte in Europa, la Commissione europea è intervenuta con la *mission on cancer* e il piano europeo di lotta contro il cancro per salvare 3 milioni di vite umane e aumentare la percentuale di sopravvivenza dall'attuale 47 al 75 per cento entro il 2030, concentrandosi su prevenzione del cancro, trattamento, assistenza e riabilitazione delle persone guarite, innovazione sociale e riduzione delle disuguaglianze. Ciò dimostra che per l'emergenza oncologica italiana va considerata la posizione dell'Europa che ha cercato di porre rimedio all'emergenza oncologica europea;

la proposta che si avanza con la presente mozione è quella di ripartire dal piano oncologico europeo, tenendo conto che dopo la pandemia è necessario disporre di un piano straordinario per il recupero dell'oncologia *post* pandemia e probabilmente il nuovo piano oncologico nazionale, ancora sospeso, potrebbe non essere sufficiente. Di fatto, esiste un'emergenza dell'oncologia *post* pandemia perché i ritardi di accesso alle prestazioni oncologiche non sono ancora stati recuperati: persiste una vera e propria difficoltà di accesso a visite e controlli e, nonostante nel 2021 ci sia stata una ripresa delle attività assistenziali, è ancora insufficiente a colmare i *gap* creati e per il prossimo futuro si prevede un ulteriore aumento delle liste di attesa e soprattutto una maggiore complessità assistenziale;

la pandemia da COVID-19 ha messo in evidenza alcune aree critiche che richiedono un attento monitoraggio in questa fase di possibile ripresa. Si tratta di punti critici che caratterizzano l'intero percorso del paziente oncologico e che si possono distribuire sul fronte organizzativo, laddove le reti non sono ancora sufficientemente strutturate, per arrivare a cogliere con tutta l'urgenza necessaria la mancanza di quella medicina personalizzata, oggi possibile in teoria, ma non ancora calata nella concretezza delle azioni che consentono un'autentica azione di prevenzione e di promozione della salute. Non bisogna confondere la prevenzione con la diagnosi precoce, che tutt'al più consente una prevenzione secondaria degli effetti di una patologia quando è diagnosticata in ritardo. Per tale motivo è più che mai necessario garantire equità di accesso a diagnosi di patologie complesse ricorrendo a strumentazioni sofisticate, ma disponibili. È l'unico modo per passare a trattamenti innovativi con alti *standard* di qualità, cercando di garantire la qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia;

come affermato dal presidente nazionale AIOM, Saverio Cinieri, "Serve subito un piano di recupero dell'oncologia, per colmare i ritardi nell'assistenza ai pazienti oncologici, che vada dalla diagnosi alla chirurgia, alla terapia medica fino alla radioterapia. Senza un'adeguata programmazione, che preveda l'assegnazione di risorse e personale dedicato, le oncologie del nostro

Paese non saranno in grado di affrontare l'ondata di casi di cancro in fase avanzata stimati nei prossimi mesi e anni. In queste settimane, la nuova ondata della pandemia causata dalla variante Omicron sta mettendo in crisi la gestione dei reparti di oncologia e l'attività chirurgica programmata è stata sospesa o rallentata, poiché le terapie intensive sono occupate da pazienti con Covid. I danni per le persone colpite da cancro rischiano di essere molto gravi, in quanto il successo delle cure dipende anche dai tempi brevi entro cui viene eseguito l'intervento chirurgico". "La crisi nell'assistenza sanitaria causata dalla pandemia non può più essere affrontata con iniziative estemporanee come è avvenuto finora, basate sull'apertura e chiusura dei reparti in relazione all'incremento del numero dei contagiati dal Covid-19. Chiediamo alle Istituzioni di definire una programmazione a medio e lungo termine sulla conservazione e implementazione dell'attività oncologica ospedaliera. Soffriamo in particolare la mancanza di personale e di spazi, sarebbe anche appropriato comprendere come la maggior parte dei trattamenti di oncologia medica venga effettuata in regime di Day-Hospital, permettendo ai pazienti di continuare, compatibilmente con la malattia e con le cure, una vita quanto più normale possibile";

occorre riconoscere che la pandemia, tra i tanti danni prodotti, è stata anche un facilitatore di nuove soluzioni e di nuovi modelli di presa in carico, sebbene questi non siano bastati ad evitare ritardi nelle attività assistenziali. Ad esempio il modello *patient driven*, particolarmente efficace per valutare le leve strategiche del piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia e probabilmente lo stesso nuovo piano oncologico nazionale, quando sarà varato, dal momento che il modello *patient driven* consente la valutazione dell'impatto, delle priorità e dell'urgenza di implementazione delle stesse leve strategiche. Tra le leve strategiche a maggior impatto sulla salute individuale e pubblica, che vanno quindi considerate tra le priorità da implementare nel nuovo piano oncologico nazionale, si possono includere: la necessità di riorganizzare il percorso del paziente oncologico e onco-ematologico, perché non trovi intoppi di nessun tipo, neppure a livello organizzativo e burocratico; il percorso comincia ancor prima di ricevere la diagnosi e passa attraverso gli *screening* oncologici, che rappresentano vere e proprie azioni qualificate per la promozione della salute; la valorizzazione delle cosiddette cure intermedie, di cui è parte integrante l'assistenza domiciliare integrata; e infine occorre migliorare la relazione e il coordinamento tra l'ospedale e il territorio, anche alla luce dell'attuale PNRR, che valorizza l'assistenza territoriale sia come medicina di prossimità per venire incontro ai bisogni dei pazienti, che per decongestionare molti accessi impropri all'ospedale in genere e al pronto soccorso in particolare;

di fatto sono state identificate 10 "leve di miglioramento", con le relative azioni organizzative, di processo per rendere il più efficace possibile sia il piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia che il piano oncologico nazionale, quando sarà varato. I punti chiave sono sempre la *governance*, sul piano organizzativo-gestionale, gli *screening* sul piano della diagnostica precoce, e la qualità della relazione tra ospedale e territorio, soprattutto se si vuole garantire all'assistenza domiciliare la qualità che merita. Anche in questo caso un aiuto potente potrà venire dai tanto auspicati

processi di digitalizzazione e dal relativo rinnovamento del cosiddetto parco tecnologico. Ma senza investire a livello scientifico una rinnovata capacità di attrarre talenti giovani, creativi, si potrà assistere ancora a quella migrazione di giovani scienziati che rappresenta un vero e proprio depauperamento del nostro Paese. Scienza e tecnologia costituiscono una leva potentissima se si integrano senza pregiudizi, scoprendo anche nuovi modelli formativi e soprattutto nuovi modelli sperimentali per esplorare nicchie di sapere per ora solo marginali. Ma se il malato ha bisogno di più organizzazione, di più ricerca e di più tecnologia, sarà sempre sul piano umano della relazione e dell'assistenza che si sentirà preso in carico dalle diverse strutture e dai vari professionisti, che si tratti sia di ospedali pubblici che di strutture convenzionate o di privati. Il malato e i suoi famigliari vogliono comprovare nella quotidiana della loro esperienza di malattia come si armonizzano le rispettive *skill* dei medici e del personale sanitario, senza conflitti di competenza e senza deleghe di responsabilità. Solo così sarà possibile riorganizzare il percorso del paziente oncologico in questa fase di *post* pandemia;

se qualcuno ritenesse che il problema della scarsa presa in carico del malato oncologico è solo di natura economica, allora bisognerebbe provare ad elencare tutte le risorse, almeno teoricamente, disponibili. Il Governo ha disposto un miliardo di euro per il recupero delle liste d'attesa per tutti i malati. Il PNRR (asse VI, sanità: 15, 63 miliardi), ha previsto: 2 miliardi per le "case della comunità" e per la presa in carico della persona; 4 miliardi di euro per la casa, l'abitazione del paziente, considerandola come primo luogo di cura, in cui innestare le risorse della telemedicina; un miliardo per l'assistenza sanitaria intermedia, gli ospedali di comunità; 7 miliardi per l'ammodernamento tecnologico; 1,26 miliardi per la formazione; 520 milioni per la ricerca biomedica e 740 milioni per lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali. Inoltre il piano europeo di lotta al cancro ha predisposto 1, 25 miliardi EU4Health, più 2 miliardi per progetti ricerca e circa 250 milioni per attivare i processi di digitalizzazione. Non tutti sono per i malati oncologici, ma costoro non sono esclusi da nessuna voce del bilancio riportato;

giòva evidenziare che le risorse possono essere necessarie e al tempo stesso non sufficienti se manca la cabina di regia prevista, o almeno prevedibile, dal piano oncologico nazionale; da un'azione di controllo e di verifica dei risultati degli investimenti, ma anche della misura di soddisfazione del paziente e da quella serie di indicatori concreti ed oggettivi che consentono una valutazione *in itinere* di grande efficacia sui processi,

impegna il Governo:

- 1) a prevedere finanziamenti per le reti oncologiche regionali;
- 2) a formalizzare e valorizzare il ruolo degli IRCCS e dei centri di eccellenza all'interno delle reti oncologiche regionali;
- 3) a condividere le buone pratiche cliniche e organizzative (PDTA), comprese le esperienze regionali virtuose, per la riduzione delle problematiche di accesso alle prestazioni, dalla riduzione delle liste di attesa alla promozione della continuità assistenziale;
- 4) ad allungare l'intervallo tra gli *screening* per recuperare ritardi e riuscire a coinvolgere tutta la popolazione prevista per ciascuno di essi;

- 5) ad investire sulle risorse strutturali e tecnologiche e contestualmente sulle competenze in ambito sanitario (*clinical skill*);
- 6) ad estendere i programmi di *screening* oncologico anche in altri *setting* (CdC e OdC);
- 7) ad implementare e diffondere modelli integrati di gestione di percorsi oncologici ed onco-ematologici attraverso piattaforme per l'integrazione dei processi;
- 8) a riorganizzare attività chirurgica per intensità di cura valorizzando i *setting* assistenziali a minore assorbimento di risorse;
- 9) a coinvolgere le strutture private convenzionate nell'erogazione di selezionate prestazioni in ambito oncologico per ridurre le liste di attesa, prevedendo l'utilizzo di piattaforme integrate di condivisioni dei processi e delle attività (agende condivise, dati pazienti, indicatori);
- 10) a riorganizzare modelli di distribuzione ed erogazione dei trattamenti garantendo facilità di accesso attraverso la logica della prossimità, garantendo le cure nel *setting* più appropriato;
- 11) a prevedere il coinvolgimento chiave delle associazioni pazienti nel disegno ed efficientamento dei percorsi paziente;
- 12) ad implementare televista, teleconsulto e telediagnosi favorendo interscambio di informazioni tra ospedale e territorio con piattaforme integrate con i sistemi informatici inseriti in maniera appropriata all'interno del processo assistenziale;
- 13) ad investire in percorsi formativi per favorire lo sviluppo di competenze specifiche per nuovi ruoli (*case manager* infermieristico);
- 14) ad ammodernare il parco tecnologico e revisionare processi di acquisto in sanità;
- 15) a sviluppare processi di valutazione della strumentazione medica attraverso l'applicazione della HTA (*health technology assessment*);
- 16) ad istituire *molecular tumor board* e centri di profilazione genomica;
- 17) ad istituire una rete che colleghi centri di eccellenza nel contesto nazionale promuovendo l'integrazione di informazioni omogenee con le realtà internazionali;
- 18) a potenziare le risorse professionali e strumentali dedicate all'ADI (assistenza domiciliare integrata) valorizzando nuovi *setting*, favorendo l'integrazione tecnologica tra i diversi attori e *setting* coinvolti;
- 19) a sviluppare percorsi di riabilitazione oncologica che prevedono il coinvolgimento della medicina di prossimità e assistenza domiciliare facendo leva sui nuovi *setting* (case di comunità e ospedali di comunità);
- 20) a valorizzare ed implementare la *survivorship care* per pazienti sopravvissuti e guariti prevedendo strumenti per migliorare la qualità di vita e l'efficacia delle cure.

(1-00504) (05 luglio 2022)

FREGOLENT, CANTÙ, DORIA, LUNESU, MARIN, CAMPARI, ALESSANDRINI, RIPAMONTI. -

Ritirata

Il Senato,

premessi che:

il cancro è la seconda causa di mortalità nei Paesi dell'Unione europea dopo le malattie cardiovascolari;

si prevede che, senza un'azione decisa, il numero di casi aumenterà quasi del 25 per cento entro il 2035, facendo del cancro la prima causa di morte nella UE. Inoltre la pandemia da COVID-19 ha avuto gravi ripercussioni sulle cure oncologiche, in quanto ha comportato l'interruzione dei trattamenti e ritardi nelle diagnosi;

appare quindi necessario individuare nuovi approcci e interventi che possano migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita di molti pazienti oncologici;

la terapia con radioligandi, o *radioligand therapy*, si inserisce in questo scenario. Si pone come esempio innovativo della medicina di precisione, grazie al quale si intende individuare strategie di intervento mirate, sicure ed efficaci. Si tratta di un metodo innovativo che deriva dai progressi delle conoscenze in medicina nucleare e che tuttavia per sua natura richiede un'attenta pianificazione, dalle scelte di politica sanitaria all'adeguamento delle infrastrutture necessarie all'erogazione del trattamento;

la complessità di questa terapia necessita di un adeguamento infrastrutturale, nonché la gestione nell'ambito di un *team* multidisciplinare. A tal fine, dunque, è necessario che vi sia un'adeguata implementazione e istituzionalizzazione della terapia RLT, affinché sia inserita all'interno delle politiche sul cancro, nazionali e regionali, e si ponga come un'alternativa di cura a disposizione dei pazienti;

l'oncologia sta attraversando un profondo cambiamento basato sull'acquisizione di informazioni meccanicistiche sullo stato di malattia e l'uso conseguente di terapie mirate (terapie personalizzate e di precisione). Il nuovo paradigma oncologico si basa sui *test Next Generation Sequencing* (NGS) per la profilazione genetica tramite biopsia solida e anche biopsia liquida. Questi nuovi *test* sono in grado di analizzare fino ad oltre 300 mutazioni geniche in una singola analisi e di fornire dati anche sul *Tumor Mutational Burden* (TMB);

l'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) stima che per il quinquennio 2016-2020, in Italia, siano state diagnosticate 7.000 neoplasie tra i bambini e 4.000 tra gli adolescenti (15-19 anni), in linea con il quinquennio precedente. La media annuale stimata è di 1.400 casi nella fascia d'età 0-14 anni e 900 in quella 15-19 anni;

negli ultimi 10 anni in Europa, a fronte della sperimentazione di nuovi farmaci per combattere i tumori per gli adulti, sono ancora pochissimi quelli studiati per l'età pediatrica. Si evidenzia la mancanza di una ricerca dedicata all'età pediatrica, e, dunque, la carenza di farmaci dedicati ai bambini e sperimentati su di loro, tutto ciò comporta la difficoltà di accesso a farmaci innovativi;

la ricerca biomedica ha fatto grandi passi avanti nella cura dei tumori pediatrici, ma per poter usufruire delle migliori terapie disponibili i piccoli pazienti devono essere arruolati in protocolli di cura, che garantiscano loro i più elevati *standard* internazionali. Rispetto alle cure *standard*, non strutturate, l'apertura di questi protocolli ha costi aggiuntivi a carico delle strutture

ospedaliere che, spesso, hanno grandi difficoltà a reperire i fondi necessari a sostenerli;

un'indagine condotta in Italia da Fondazione Soletterre e dall'Unità di ricerca sul trauma dell'Università Cattolica ("Cancro in età evolutiva: fattori di rischio e di protezione per il benessere psicologico degli adolescenti"), sul breve periodo (da novembre 2019 a settembre 2021) su un campione di 31 adolescenti dai 12 e 23 anni in cura presso la U.O.C. Oncoematologia Pediatrica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, ha rilevato punteggi di ansia e depressione clinicamente significativi per il 6,5 per cento dei giovani. Inoltre per il 12,9 per cento del campione l'ansia e la depressione sono responsabili di comportamenti di ritiro sociale e al loro aumentare crescono anche lamentele somatiche, problemi di pensiero e problemi di attenzione;

appare quindi necessario individuare nuovi approcci e interventi che possano migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita di molti pazienti oncologici pediatrici;

nella decretazione d'urgenza sin qui intervenuta non è stato tenuto nella dovuta considerazione il disavanzo che si è generato nelle varie Regioni in questi ultimi due anni e mezzo di pandemia, stimabile in oltre 5 miliardi (non tutti dovuti ai costi COVID, esempio più eclatante negli ultimi 6 mesi si è creata una perdita notevole dovuta anche a costi energetici aumentati del 30 per cento circa di media con punte di oltre il 100 per cento) di mancate risorse riconosciute alle Regioni in parte corrente, sui cui il Governo era già stato attenzionato e si era conseguentemente impegnato in sede di approvazione dell'ordine del giorno G/2604/1/1a e 12a (testo 2) accolto nella seduta n. 4 del 17 maggio 2022;

con riferimento all'anno 2022, nonostante l'incremento di 2 miliardi previsti dall'ultima legge di bilancio, ma interamente finalizzato per l'attuazione di specifiche misure, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale non appare adeguato per consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria, e non solo in campo oncologico, tanto meno per l'attuazione alle direttrici programmatiche del nuovo Piano nazionale che difetta di elementi essenziali alla sua effettiva realizzabilità per carenza di cronoprogrammi certi e coperture altrettanto certe, ancor più indispensabili alla luce dei significativi oneri già sostenuti e da sostenere per il proseguimento delle misure di gestione dell'emergenza pandemica e, contestualmente, dei maggiori costi energetici emergenti, nonostante l'impegno del Governo già assunto in sede di presentazione del Documento di Economia e Finanza (DEF) di prevedere la sterilizzazione dei disavanzi sanitari COVID 2021 e 2022 e dell'ordine del giorno G/2604/1/1a e 12a (testo 2) citato, valutando l'opportunità di spalmare i relativi oneri elettivamente in dieci anni, in linea con gli obiettivi di finanza pubblica;

per l'adozione del Piano oncologico nazionale non si può prescindere dalla sterilizzazione dei costi sanitari COVID riconoscendo alle Regioni la dovuta flessibilità nell'utilizzo di tutte le risorse disponibili in parte corrente e a investimento, ferma la corretta allocazione negli impieghi e negli esiti mediante controlli stringenti, a garanzia degli investimenti in risorse umane e

strumentali indispensabili per la prevenzione e cura dei malati secondo principi di appropriatezza e oculato impiego delle risorse, escludendo per tutto il periodo del PNRR la prescrizione dei piani di rientro,

impegna il Governo alla messa in campo del nuovo Piano oncologico nazionale secondo gli indirizzi degli atti di cui in premessa e per il fine nel primo provvedimento utile:

1) ad adottare le misure necessarie alla sostenibilità del Sistema nel 2022, e successivi, e della relativa programmazione, di cui il Piano oncologico è parte essenziale con sterilizzazione dei disavanzi sanitari regionali COVID 2021 e 2022, riconoscendo alle Regioni flessibilità nell'utilizzo delle risorse in parte corrente e a investimento, ferma la corretta allocazione negli impieghi e negli esiti mediante controlli stringenti sull'effettiva finalizzazione, anche tenuto conto dell'impatto del decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77, finanziando il ripianamento straordinario dei maggiori costi sostenuti durante lo stato di emergenza sanitaria per tutto il periodo di attuazione della Missione 6 a PNRR, ovvero valutando l'opportunità di spalmarne i relativi oneri almeno in dieci anni, in linea gli obiettivi di finanza pubblica;

2) ad adottare iniziative volte a sostenere lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità, nell'ottica di sviluppare nuove innovazioni terapeutiche, tra cui la terapia con radioligandi, attivando strumenti di coordinamento delle attività delle reti oncologiche regionali, al fine di garantire l'equa efficacia del modello su tutto il territorio nazionale;

3) ad emanare il decreto attuativo per consentire il finanziamento dei test NSG, al fine di garantire l'accesso a questi *test* a tutti i pazienti eleggibili, nonché prevedere un'implementazione del predetto fondo tenendo conto del volume potenziale dei pazienti suscettibili di una profilazione mediante NGS;

4) ad assumere iniziative ai fini di una corretta ed uniforme presa in carico del paziente oncologico pediatrico, promuovendo a livello territoriale l'approccio multidisciplinare e il lavoro di *équipe* con la presenza di diversi specialisti, con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psico-fisico del paziente pediatrico oncologico e della propria famiglia;

5) a promuovere l'assistenza psicologica dei pazienti pediatrici e delle loro famiglie, nell'ambito dei reparti di oncologia medica, effettuata da laureati in psicologia, abilitati, e con specifiche competenze nell'ambito;

6) ad istituire un fondo pubblico per il finanziamento degli studi accademici al fine di incentivare e sostenere la ricerca scientifica riguardo alle patologie oncologiche pediatriche sui farmaci orfani e per lo sviluppo di nuove terapie, stanziando fondi per i farmaci oncologici pediatrici innovativi, l'attivazione di protocolli di cura sperimentali e lo sviluppo di studi clinici mediante un approccio terapeutico multidisciplinare;

7) a prevedere lo stanziamento di fondi volti al supporto economico delle famiglie a basso reddito, considerando i costi che le famiglie devono sostenere in caso di ricoveri presso centri di cura distanti dalla propria residenza;

8) ad emanare tutti i decreti attuativi relativi all'articolo 2 della legge 11 gennaio 2018, n. 3.

ORDINE DEL GIORNO

G1

BINETTI, PARENTE, BOLDRINI, FREGOLENT, CANTÙ, ERRANI, PIRRO, LANIECE, RIZZOTTI, STABILE, SICLARI, DORIA, LUNESU, MARIN, BITI, IORI, CASTELLONE, MARINELLO, MAUTONE, GIUSEPPE PISANI, GALLONE, AIMI, VONO, CALIGIURI

V. testo 2

Il Senato,

premessi che:

martedì 13 aprile 2021, l'Assemblea del Senato ha discusso due mozioni sull'adozione del nuovo piano oncologico nazionale, una a prima firma della prima firmataria del presente atto di indirizzo (1-00288) e un'altra a prima firma della senatrice Boldrini (1-00289). Nel corso della seduta le due mozioni vennero ritirate e fu presentato un ordine del giorno (9/1-00289/001), condiviso e votato all'unanimità da tutti i gruppi, proprio per dare maggiore forza alle richieste;

i 15 impegni previsti dall'ordine del giorno, votati da tutti senatori presenti in Aula, impegnavano il Governo ad agire tempestivamente data la gravità del tema-problema, ma a distanza di un anno sono rimasti praticamente tutti inapplicati, in particolare lo stesso piano oncologico nazionale, che solo recentemente è stato inviato alle Regioni, nonostante il piano oncologico europeo rappresenti un punto di partenza efficace e una falsariga precisa e puntuale che richiederebbe solo un adattamento alla luce delle risorse umane, tecnologiche, scientifiche ed economiche presenti in Italia;

nello specifico, l'ordine del giorno approvato nel 2021, espressione della più ampia maggioranza possibile,

impegnava il Governo:

1) ad adottare iniziative per provvedere con urgenza all'approvazione di un nuovo piano oncologico nazionale (PON), coordinato con il Piano oncologico europeo;

2) a monitorare la concreta attuazione del PON, delle azioni e dei contenuti programmatici previsti, con una cabina di regia e un adeguato sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia;

3) ad adottare iniziative utili per promuovere le reti oncologiche regionali, con uno stanziamento di risorse dedicato al finanziamento delle relative attività e un adeguato piano di incentivi in favore delle Regioni nell'ambito delle risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale;

4) ad attivare i necessari strumenti per il coordinamento, a livello nazionale, delle attività delle reti oncologiche regionali, nell'ottica di garantire l'efficacia del modello;

5) ad adottare iniziative volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale per ridurre il numero di accessi alle strutture ospedaliere, valutando un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

6) ad adottare iniziative per rinnovare e modernizzare la dotazione strumentale e tecnologica per gli *screening* diagnostici, per le attività chirurgiche e per la radioterapia;

7) ad incentivare l'attuale tavolo tecnico interistituzionale per l'adozione di linee di indirizzo o linee guida per la telemedicina e per gli altri servizi della sanità digitale in generale e per il settore oncologico in particolare, nell'ottica di uniformare i programmi esistenti;

8) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che abbiano i requisiti necessari per l'accreditamento, anche in collaborazione con il settore privato, per sviluppare e diffondere la terapia CAR-T e valorizzare i ricercatori;

9) ad adottare iniziative di competenza per attuare quanto previsto dall'intesa Stato-Regioni 26 ottobre 2017 sul documento "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche" nell'ottica di garantire il più ampio accesso alla medicina di precisione, assicurare la multidisciplinarietà attraverso strutture adeguate e personale altamente specializzato;

10) a dare nuovo impulso all'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e garantire il pieno funzionamento degli *european reference network*, attraverso specifici finanziamenti;

11) ad adottare nuove strategie comunicative per garantire nei tempi e nei modi corretti accesso agli *screening* diagnostici, alle terapie di ultima generazione e alla riabilitazione sociosanitaria per consentire ai pazienti un reinserimento tempestivo nella loro vita sociale e professionale;

12) a valutare la possibilità di trasformare una comunicazione verbale in una comunicazione multicanale: televisite, teleconsulti, videochiamate, *chat* con i familiari, video *meeting* tra gli operatori, maggior uso dello *smarthphone* e dei *tablet* anche in ospedale o nei servizi territoriali;

13) a facilitare la consegna di farmaci a domicilio per attivare una riduzione degli spostamenti. L'accesso del farmacista a domicilio consentirebbe di fornire le informazioni necessarie a mantenere alta la *compliance* al farmaco e un maggior *empowerment* del paziente e del *caregiver*;

14) a monitorare l'attuazione del decreto-legge n. 34 del 2020, in cui si riconoscono ruolo e funzioni dell'infermiere di famiglia, adottando iniziative per un reclutamento nazionale adeguato, nell'ottica di rafforzare i servizi territoriali anche per i malati oncologici;

15) ad adottare iniziative volte a garantire il sostegno psicologico così come previsto dai LEA anche ai malati oncologici;

considerato che:

le ripercussioni della mancanza del piano oncologico nazionale si sono notate su diversi fronti; non hanno riguardato solo i volumi di prestazioni ma anche le modalità di presa in carico multidisciplinare del paziente e i relativi processi organizzativi. La misura dell'impatto quantitativo e qualitativo della pandemia sull'oncologia e sull'onco-ematologia ha accentuato ulteriormente le differenze regionali già esistenti, rendendo necessario un piano di recupero più ampio che colmi in primo luogo le disparità tra Regioni. Tra queste, per esempio, rimane prioritario il completamento delle reti oncologiche regionali ancora non realizzate in alcune Regioni. Nel rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021, la Corte dei conti ha messo in luce il

diverso grado di implementazione delle numerose misure introdotte nel 2020 per contrastare l'impatto della pandemia sull'assistenza sanitaria;

per tale motivo, l'8 febbraio 2022 la prima firmataria ha presentato la mozione 1-00453 che impegna il Governo a realizzare un piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia e ad approvare quanto prima il nuovo piano oncologico nazionale. Nell'atto è stato sollecitato il Governo a monitorare l'intero piano, le azioni previste e i finanziamenti già predisposti, attraverso una cabina di regia e un sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia ed onco-ematologia, ma nonostante tutto dal Ministero non è arrivato alcun segnale di risposta positiva, in cui si evidenziasse una concreta volontà di superare questa fase di *post* pandemia in cui il malato oncologico, più di molti altri, si è sentito trascurato;

l'Europe's beating cancer plan deve essere il punto di partenza per la realizzazione del piano oncologico nazionale. A fronte dei 2,7 milioni di casi di tumore diagnosticati nel 2020 in Europa, 1,3 milioni di morti per cancro e l'aumento previsto del 24 per cento dei casi oncologici entro il 2035, il piano europeo di lotta contro il cancro identifica gli obiettivi strategici da raggiungere attraverso 10 "iniziative faro" e le relative azioni concrete. Le azioni previste a supporto delle iniziative faro saranno sostenute attraverso un finanziamento di 4 miliardi di euro destinati agli Stati membri che ne recepiranno i principi attraverso progettualità in linea e nel rispetto delle tempistiche indicate dal piano. Il piano europeo di lotta contro il cancro si basa su una logica organizzativa e definisce tempistiche precise per l'attuazione delle azioni e i relativi finanziamenti. Inoltre, prevede modifiche regolatorie e legislative come la strategia farmaceutica per l'Europa e la riforma della legislazione farmaceutica per favorire *l'early access* ai medicinali antitumorali. Anche i regolamenti relativi ai farmaci orfani dovranno essere rivisti allo scopo di migliorare le condizioni di studio ed autorizzazione. Il Piano oncologico nazionale dovrà quindi pensare a misure regolatorie AIFA alla luce di quanto previsto dal piano europeo;

inoltre nella decretazione d'urgenza sin qui intervenuta non si è tenuto conto del disavanzo, che si è generato nelle varie Regioni in questi ultimi due anni e mezzo di pandemia, stimabile in oltre 5 miliardi di mancate risorse riconosciute alle Regioni (non tutti dovuti ai costi Covid, dal momento che negli ultimi 6 mesi i costi energetici sono aumentati del 30 per cento circa di media, con punte di oltre il 100 per cento); su questo punto in particolare il Governo si era già impegnato, con l'approvazione dell'ordine del giorno G/2604/1/1a e 12a (testo 2) accolto nella seduta n. 4 del 17 maggio 2022;

con riferimento all'anno 2022, l'incremento di 2 miliardi previsti dalla legge di bilancio per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale e finalizzati all'attuazione di specifiche misure, non appare adeguato per consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria in campo oncologico, anche nella prospettiva del nuovo Piano nazionale che difetta di elementi essenziali alla sua effettiva realizzabilità per carenza di cronoprogrammi certi e di coperture altrettanto certe, indispensabili alla luce degli oneri già sostenuti e da sostenere per il prolungarsi dell'emergenza pandemica e, contestualmente, dei maggiori costi energetici;

rilevato che:

poiché si stima che entro il 2035 il cancro sarà la prima causa di morte in Europa, la Commissione europea è intervenuta con la *mission on cancer* e il piano europeo di lotta contro il cancro per salvare 3 milioni di vite umane e aumentare la percentuale di sopravvivenza dall'attuale 47 al 75 per cento entro il 2030, concentrandosi su prevenzione del cancro, trattamento, assistenza e riabilitazione delle persone guarite, innovazione sociale e riduzione delle disuguaglianze. Ciò dimostra che per l'emergenza oncologica italiana va considerata la posizione dell'Europa che ha cercato di porre rimedio all'emergenza oncologica europea;

nell'ambito delle manifestazioni indette per celebrare la XVII Giornata nazionale del malato oncologico, è stato presentato il 14° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici che ha evidenziato che un quarto dei casi di cancro diagnosticati a livello globale sono a carico della popolazione europea, che tuttavia rappresenta solo il 10 per cento di quella mondiale. Entro il 2035, il numero di vite perse a causa delle patologie neoplastiche aumenterà di oltre il 24 per cento, facendo del cancro la prima causa di morte nell'Unione. L'impatto economico della malattia in Europa è stimato in cento miliardi di euro annui;

in Italia, sottolinea il Rapporto citato, ogni giorno sono diagnosticati più di mille nuovi casi di tumore; 3.600.000 persone, pari al 5,7 per cento della popolazione, vivono dopo una diagnosi di cancro. Di queste, 900.000 possono considerarsi guarite, con più o meno disabilità, e il loro numero è destinato ad aumentare;

nel 2020, 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa del cancro. Gli effetti indiretti che la pandemia da Covid-19 ha avuto sulla prevenzione e assistenza oncologica ed onco-ematologica sono molti: ritardi accumulati nell'ambito delle prestazioni di *screening*, diagnosi, nuovi trattamenti, ricoveri oncologici ed onco-ematologici e interventi chirurgici evidenziano come sia importante l'attuazione del nuovo Piano oncologico nazionale e di un Piano straordinario di recupero per l'oncologia *post*-pandemia;

nel periodo febbraio 2020 - dicembre 2021 si è osservata una contrazione delle richieste di accertamenti preventivi per tumore al seno (-9 per cento richieste di mammografia), ai polmoni (-15 per cento di TAC polmonari), al colon (-11 per cento di colonscopie) rispetto allo stesso periodo del 2019, con cadute drammatiche nei mesi della prima ondata pandemica: -66 per cento di richieste di mammografia di marzo 2020 rispetto a marzo 2019; -56 per cento di richieste di TAC polmonari di marzo 2020 rispetto a marzo 2019; -58 per cento di richieste di colonscopia di marzo 2020 rispetto a marzo 2021;

l'Osservatorio nazionale *screening* che nel suo ultimo rapporto analizza il periodo gennaio 2020 - maggio 2021 confrontando i risultati con un periodo *standard* di riferimento relativo al 2019 pre-pandemico. Per quanto riguarda la diagnosi precoce, dall'Osservatorio emerge come sono stati inviati oltre un milione di inviti in meno alla mammografia (-20 per cento a livello nazionale), un milione e mezzo in meno allo *screening* cervicale con Pap test e HPV test (-28 per cento) e oltre due milioni in meno per lo *screening* coloretale (-24 per cento). Il calo è ancora più drammatico guardando al numero

delle prestazioni effettuate: -36 per cento Pap test/HPV test, - 29 per cento mammografie e -34 per cento per il colon retto;

la proposta che si avanza con la presente mozione è quella di ripartire dal piano oncologico europeo, tenendo conto che dopo la pandemia è necessario disporre di un piano straordinario per il recupero dell'oncologia *post* pandemia e probabilmente il nuovo piano oncologico nazionale, ancora sospeso, potrebbe non essere sufficiente. Di fatto, esiste un'emergenza dell'oncologia *post* pandemia perché i ritardi di accesso alle prestazioni oncologiche non sono ancora stati recuperati: persiste una vera e propria difficoltà di accesso a visite e controlli e, nonostante nel 2021 ci sia stata una ripresa delle attività assistenziali, è ancora insufficiente a colmare i *gap* creati e per il prossimo futuro si prevede un ulteriore aumento delle liste di attesa e soprattutto una maggiore complessità assistenziale;

la pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza alcune aree critiche che richiedono un attento monitoraggio in questa fase di possibile ripresa. Si tratta di punti critici che caratterizzano l'intero percorso del paziente oncologico e che si possono distribuire sul fronte organizzativo, laddove le reti non sono ancora sufficientemente strutturate, per arrivare a cogliere con tutta l'urgenza necessaria la mancanza di quella medicina personalizzata, oggi possibile in teoria, ma non ancora calata nella concretezza delle azioni che consentono un'autentica azione di prevenzione e di promozione della salute. Non bisogna confondere la prevenzione con la diagnosi precoce, che tutt'al più consente una prevenzione secondaria degli effetti di una patologia quando è diagnosticata in ritardo. Per tale motivo è più che mai necessario garantire equità di accesso a diagnosi di patologie complesse ricorrendo a strumentazioni sofisticate, ma disponibili. È l'unico modo per passare a trattamenti innovativi con alti *standard* di qualità, cercando di garantire la qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia;

come affermato dal presidente nazionale AIOM, Saverio Cinieri, "Serve subito un piano di recupero dell'oncologia, per colmare i ritardi nell'assistenza ai pazienti oncologici, che vada dalla diagnosi alla chirurgia, alla terapia medica fino alla radioterapia. Senza un'adeguata programmazione, che preveda l'assegnazione di risorse e personale dedicato, le oncologie del nostro Paese non saranno in grado di affrontare l'ondata di casi di cancro in fase avanzata stimati nei prossimi mesi e anni. In queste settimane, la nuova ondata della pandemia causata dalla variante Omicron sta mettendo in crisi la gestione dei reparti di oncologia e l'attività chirurgica programmata è stata sospesa o rallentata, poiché le terapie intensive sono occupate da pazienti con Covid. I danni per le persone colpite da cancro rischiano di essere molto gravi, in quanto il successo delle cure dipende anche dai tempi brevi entro cui viene eseguito l'intervento chirurgico". "La crisi nell'assistenza sanitaria causata dalla pandemia non può più essere affrontata con iniziative estemporanee come è avvenuto finora, basate sull'apertura e chiusura dei reparti in relazione all'incremento del numero dei contagiati dal Covid-19. Chiediamo alle istituzioni di definire una programmazione a medio e lungo termine sulla conservazione e implementazione dell'attività oncologica ospedaliera. Soffriamo in particolare la mancanza di personale e di spazi, sarebbe anche appropriato comprendere come la maggior parte dei trattamenti di oncologia medica

venga effettuata in regime di *day-hospital*, permettendo ai pazienti di continuare, compatibilmente con la malattia e con le cure, una vita quanto più normale possibile";

occorre riconoscere che la pandemia, tra i tanti danni prodotti, è stata anche un facilitatore di nuove soluzioni e di nuovi modelli di presa in carico, sebbene questi non siano bastati ad evitare ritardi nelle attività assistenziali. Ad esempio il modello *patient driven*, particolarmente efficace per valutare le leve strategiche del piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia e probabilmente lo stesso nuovo piano oncologico nazionale, quando sarà varato, dal momento che il modello *patient driven* consente la valutazione dell'impatto, delle priorità e dell'urgenza di implementazione delle stesse leve strategiche. Tra le leve strategiche a maggior impatto sulla salute individuale e pubblica, che vanno quindi considerate tra le priorità da implementare nel nuovo piano oncologico nazionale, si possono includere: la necessità di riorganizzare il percorso del paziente oncologico e onco-ematologico, perché non trovi intoppi di nessun tipo, neppure a livello organizzativo e burocratico; il percorso comincia ancor prima di ricevere la diagnosi e passa attraverso gli *screening* oncologici, che rappresentano vere e proprie azioni qualificate per la promozione della salute; la valorizzazione delle cosiddette cure intermedie, di cui è parte integrante l'assistenza domiciliare integrata; e infine occorre migliorare la relazione e il coordinamento tra l'ospedale e il territorio, anche alla luce dell'attuale PNRR, che valorizza l'assistenza territoriale sia come medicina di prossimità per venire incontro ai bisogni dei pazienti, che per decongestionare molti accessi impropri all'ospedale in genere e al pronto soccorso in particolare;

di fatto sono state identificate 10 "leve di miglioramento", con le relative azioni organizzative, di processo per rendere il più efficace possibile sia il piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia che il piano oncologico nazionale, quando sarà varato. I punti chiave sono sempre la *governance*, sul piano organizzativo-gestionale, gli *screening* sul piano della diagnostica precoce, e la qualità della relazione tra ospedale e territorio, soprattutto se si vuole garantire all'assistenza domiciliare la qualità che merita. Anche in questo caso un aiuto potente potrà venire dai tanto auspicati processi di digitalizzazione e dal relativo rinnovamento del cosiddetto parco tecnologico. Ma senza investire a livello scientifico una rinnovata capacità di attrarre talenti giovani, creativi, si potrà assistere ancora a quella migrazione di giovani scienziati che rappresenta un vero e proprio depauperamento del nostro Paese. Scienza e tecnologia costituiscono una leva potentissima se si integrano senza pregiudizi, scoprendo anche nuovi modelli formativi e soprattutto nuovi modelli sperimentali per esplorare nicchie di sapere per ora solo marginali. Ma se il malato ha bisogno di più organizzazione, di più ricerca e di più tecnologia, sarà sempre sul piano umano della relazione e dell'assistenza che si sentirà preso in carico dalle diverse strutture e dai vari professionisti, che si tratti sia di ospedali pubblici che di strutture convenzionate o di privati. Il malato e i suoi famigliari vogliono comprovare nella quotidiana della loro esperienza di malattia come si armonizzano le rispettive *skill* dei medici e del personale sanitario, senza conflitti di competenza e senza

deleghe di responsabilità. Solo così sarà possibile riorganizzare il percorso del paziente oncologico in questa fase di *post* pandemia;

la terapia con radioligandi, o *radioligand therapy*, si inserisce in questo scenario. Si pone come esempio innovativo della medicina di precisione, grazie al quale si intende individuare strategie di intervento mirate, sicure ed efficaci. Si tratta di un metodo innovativo che deriva dai progressi delle conoscenze in medicina nucleare e che tuttavia per sua natura richiede un'attenta pianificazione, dalle scelte di politica sanitaria all'adeguamento delle infrastrutture necessarie all'erogazione del trattamento;

la complessità di questa terapia necessita di un adeguamento infrastrutturale, nonché la gestione nell'ambito di un *team* multidisciplinare. A tal fine, dunque, è necessario che vi sia un'adeguata implementazione e istituzionalizzazione della terapia RLT affinché sia inserita all'interno delle politiche sul cancro, nazionali e regionali, e si ponga come un'alternativa di cura a disposizione dei pazienti;

L'oncologia sta attraversando un profondo cambiamento basato sull'acquisizione di informazioni meccanicistiche sullo stato di malattia e l'uso conseguente di terapie mirate (terapie personalizzate e di precisione). Il nuovo paradigma oncologico si basa sui test *next generation sequencing* (NGS) per la profilazione genetica tramite biopsia solida e anche biopsia liquida. Questi nuovi test sono in grado di analizzare fino ad oltre 300 mutazioni geniche in una singola analisi e di fornire dati anche sul *tumor mutational burden* (TMB);

se qualcuno ritenesse che il problema della scarsa presa in carico del malato oncologico è solo di natura economica, allora bisognerebbe provare ad elencare tutte le risorse, almeno teoricamente, disponibili. Il Governo ha disposto un miliardo di euro per il recupero delle liste d'attesa per tutti i malati. Il PNRR (asse VI, sanità: 15, 63 miliardi), ha previsto: 2 miliardi per le "case della comunità" e per la presa in carico della persona; 4 miliardi di euro per la casa, l'abitazione del paziente, considerandola come primo luogo di cura, in cui innestare le risorse della telemedicina; un miliardo per l'assistenza sanitaria intermedia, gli ospedali di comunità; 7 miliardi per l'ammodernamento tecnologico; 1,26 miliardi per la formazione; 520 milioni per la ricerca biomedica e 740 milioni per lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali. Inoltre il piano europeo di lotta al cancro ha predisposto 1, 25 miliardi EU4Health, più 2 miliardi per progetti ricerca e circa 250 milioni per attivare i processi di digitalizzazione. Non tutti sono per i malati oncologici, ma costoro non sono esclusi da nessuna voce del bilancio riportato;

considerando l'impegno del Governo, assunto in sede di presentazione del Documento di economia e finanza (DEF) in cui si prevede la sterilizzazione dei disavanzi sanitari Covid 2021 e 2022, compreso l'ordine del giorno G/2604/1/1a e 12a (testo 2) già citato, potrebbe essere utile valutare l'opportunità di spalmare i relativi oneri elettivamente in dieci anni, in linea con gli obiettivi di finanza pubblica;

giòva evidenziare che le risorse possono essere necessarie e al tempo stesso non sufficienti se manca la cabina di regia prevista, o almeno prevedibile, dal Piano oncologico nazionale ma esiste in ogni caso la necessità di

prevedere in sede di legge di bilancio un adeguato finanziamento che non si limiti a investimenti straordinari e allo stesso tempo prevedere norme che assicurino un'adeguata allocazione di personale; da un'azione di controllo e di verifica dei risultati degli investimenti, ma anche della misura di soddisfazione del paziente e da quella serie di indicatori concreti ed oggettivi che consentono una valutazione *in itinere* di grande efficacia sui processi,

considerato che:

la legge 22 marzo 2019, n. 29, recante "Istituzione e disciplina della rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione", oltre alla raccolta, all'analisi e alla pubblicazione di dati epidemiologici generali, mira alla sorveglianza epidemiologica oncologica e infettivologica per ridurre il rischio di introduzione o reintroduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo;

l'articolo 1, comma 2, prevede che "Entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge, "con regolamento da adottare i sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati e disciplinati i dati che possono essere inseriti nella rete nazionale, le modalità relative al loro trattamento, i soggetti che possono avere accesso alla medesima Rete, i dati che possono essere oggetto dell'accesso stesso, le misure per la custodia e la sicurezza dei predetti dati [...]";

l'articolo 4, comma 1, prevede inoltre che "Al fine di garantire un controllo permanente dello stato di salute della popolazione, anche nell'ambito dei sistemi di sorveglianza, dei registri di mortalità, dei tumori e di altre patologie [...] il Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotta un decreto per l'istituzione del referto epidemiologico, per il controllo sanitario della popolazione con particolare attenzione alle aree più critiche del territorio nazionale [...]";

ad oggi la legge sulla rete nazionale tumori non ha trovato piena attuazione in quanto mancano i decreti attuativi sopra citati;

con decreto del 27 aprile 2021, è stato istituito un tavolo di lavoro interistituzionale con il compito di elaborare un documento di pianificazione, finalizzato a migliorare il percorso complessivo di contrasto delle patologie neoplastiche, in coerenza proprio con il Piano europeo di lotta contro il cancro;

il ministro della salute Speranza, rispondendo al *question time* del 19 maggio 2022 in Aula alla Camera, ha sottolineato che "quanto all'*iter* di adozione del nuovo Piano oncologico nazionale nel quadro dell'attuazione del Piano europeo di lotta contro il cancro, i componenti del tavolo si riuniranno proprio domani, 19 maggio, per una verifica conclusiva del testo in vista del successivo invio alla Conferenza Stato-Regioni, ai fini dell'adozione mediante intesa";

l'*iter* del nuovo Piano oncologico nazionale è stato anche oggetto di un intervento del sottosegretario alla salute Andrea Costa in Commissione affari sociali della Camera lo scorso 25 maggio 2022 ed ha sottolineato che "il lavoro per la predisposizione del Piano nazionale è stato condotto al fine di potenziare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro, per valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica, nonché per sostenere le nuove tecnologie, la ricerca e l'innovazione. Il Documento in questione è stato elaborato perseguendo le finalità del Piano europeo di lotta contro il cancro del 2021 (*european beating cancer pian*), e sono stati individuati per ciascun ambito obiettivi e linee strategiche da realizzare, corredati da alcuni indicatori di monitoraggio." Inoltre, ha evidenziato, che nella seduta del tavolo di lavoro interistituzionale del 19 maggio 2022, il Documento è stato sottoposto all'attenzione dei componenti del tavolo, ed è stata sottolineata la necessità di favorire la rapida prosecuzione dell'*iter* di adozione del Documento, culminante nell'intesa in Conferenza Stato-Regioni;

il 15 giugno 2022 è stata approvata alla Camera una mozione bipartisan che impegna il Governo ad adottare tutte le iniziative necessarie per mettere in atto le misure previste dal Piano europeo di lotta contro il cancro;

considerato inoltre che:

l'evento della malattia coinvolge numerosi aspetti della vita della persona, a partire dal momento diagnostico ai successivi *follow-up* e sono numerose le ripercussioni psicologiche che si hanno sul paziente oncologico e sulla sua famiglia. È fondamentale, pertanto, realizzare servizi di psiconcologia al fine incentivare un miglior benessere psicologico del paziente oncologico in una nuova modalità di assistenza che integra l'aspetto emotivo, cognitivo e sociale dell'individuo con le cure mediche;

considerato inoltre che:

è tempo di garantire a coloro che sono stati affetti da patologie oncologiche il diritto a non subire, dopo la guarigione, discriminazioni a causa del loro stato di salute, in particolare per ciò che riguarda l'accesso ai servizi bancari e assicurativi e alle procedure di adozione, come già avviene in alcuni Stati membri dell'Unione europea e come è già previsto nella risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su Rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro - Verso una strategia globale e coordinata (2020/2267(INI)), che, nell'enunciazione dei campi di azione - al paragrafo 125 - recita: il Parlamento «chiede che entro il 2025, al più tardi, tutti gli Stati membri garantiscano il diritto all'oblio a tutti i pazienti europei dopo dieci anni dalla fine del trattamento e fino a cinque anni dopo la fine del trattamento per i pazienti per i quali la diagnosi è stata formulata prima dei 18 anni di età»,

considerato altresì che:

l'Associazione italiana registri tumori (IRTUM) stima che per il quinquennio 2016-2020, in Italia, siano state diagnosticate 7.000 neoplasie tra i bambini e 4.000 tra gli adolescenti (15-19 anni), in linea con il quinquennio precedente. La media annuale stimata è di 1.400 casi nella fascia d'età 0-14 anni e 900 in quella 15-19 anni;

negli ultimi dieci anni in Europa, a fronte della sperimentazione di nuovi farmaci per combattere i tumori per gli adulti, sono ancora pochissimi quelli studiati per l'età pediatrica. Si evidenzia la mancanza di una ricerca

dedicata all'età pediatrica, e, dunque, la carenza di farmaci dedicati ai bambini e sperimentati su di loro, tutto ciò comporta la difficoltà di accesso a farmaci innovativi;

la ricerca biomedica ha fatto grandi passi avanti nella cura dei tumori pediatrici, ma per poter usufruire delle migliori terapie disponibili i piccoli pazienti devono essere arruolati in protocolli di cura, che garantiscano loro i più elevati *standard* internazionali. Rispetto alle cure *standard*, non strutturate, l'apertura di questi protocolli ha costi aggiuntivi a carico delle strutture ospedaliere che, spesso, hanno grandi difficoltà a reperire i fondi necessari a sostenerli;

un'indagine condotta in Italia da Fondazione soletterre e dall'Unità di ricerca sul trauma dell'Università Cattolica ("Cancro in età evolutiva: fattori di rischio e di protezione per il benessere psicologico degli adolescenti"), sul breve periodo (da novembre 2019 a settembre 2021) su un campione di 31 adolescenti dai 12 e 23 anni in cura presso la U.O.C. onco-ematologia pediatrica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, ha rilevato punteggi di ansia e depressione clinicamente significativi per il 6,5 per cento dei giovani. Inoltre per il 12,9 per cento del campione l'ansia e la depressione sono responsabili di comportamenti di ritiro sociale e al loro aumentare crescono anche lamentele somatiche, problemi di pensiero e problemi di attenzione,

impegna il Governo:

1) a provvedere in legge di bilancio un adeguato finanziamento per il PON e ad assicurare allo stesso tempo un adeguato stanziamento di organico;

2) ad adottare le misure necessarie alla sostenibilità del sistema nel 2022, e successivi, e della relativa programmazione di cui il Piano oncologico è parte essenziale con sterilizzazione dei disavanzi sanitari regionali Covid 2021 e 2022, riconoscendo alle Regioni flessibilità nell'utilizzo delle risorse in parte corrente e a investimento, ferma la corretta allocazione negli impieghi e negli esiti mediante controlli stringenti sull'effettiva finalizzazione, anche tenuto conto dell'impatto del decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77, finanziando il ripianamento straordinario dei maggiori costi sostenuti durante lo stato di emergenza sanitaria per tutto il periodo di attuazione di Missione 6 a PNRR ovvero valutando l'opportunità di spalmarne i relativi oneri almeno in dieci anni, in linea gli obiettivi di finanza pubblica;

3) a prevedere finanziamenti per le reti oncologiche regionali, applicando le risorse previste per la sanità dal PNRR al settore delle malattie oncologiche;

4) a completare il percorso istitutivo del Registro nazionale tumori e della rete dei registri regionali, assicurando un corretto conferimento dei dati regionali in unico e funzionante *database* nazionale, anche definendo gli *standard* di funzionamento dei registri tumori attraverso requisiti organizzativi, tecnologici e strumentali, nonché dei flussi informativi;

5) a formalizzare e valorizzare il ruolo degli IRCCS e dei centri di eccellenza all'interno delle reti oncologiche regionali;

6) a condividere le buone pratiche cliniche e organizzative (PDTA), comprese le esperienze regionali virtuose, per la riduzione delle problematiche di accesso alle prestazioni, dalla riduzione delle liste di attesa alla promozione della continuità assistenziale;

7) a valorizzare il ruolo della prevenzione primaria come strategia principale nella lotta alle patologie oncologiche, anche con riferimento al Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (PNP), coinvolgendo innanzitutto i professionisti sanitari presenti all'interno delle reti territoriali e, in particolare, i medici di medicina generale che, secondo i modelli proposti, rappresentano le figure sanitarie più vicine ai cittadini;

8) ad allungare l'intervallo tra gli *screening* per recuperare ritardi e riuscire a coinvolgere tutta la popolazione prevista per ciascuno di essi;

9) ad investire sulle risorse strutturali e tecnologiche e contestualmente sulle competenze in ambito sanitario (*clinical skill*), garantendo l'efficienza dei trattamenti e la riduzione del carico di lavoro del personale sanitario impiegato, prevedendo l'adozione di iniziative volte a sostenere lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità, nell'ottica di sviluppare nuove innovazioni terapeutiche, tra cui la terapia con radioligandi, attivando strumenti di coordinamento delle attività delle reti oncologiche regionali, al fine di garantire l'equa efficacia del modello su tutto il territorio nazionale;

10) ad estendere i programmi di *screening* oncologico anche in altri *setting* (CdC e OdC);

11) ad implementare e diffondere modelli integrati di gestione di percorsi oncologici ed onco-ematologici attraverso piattaforme per l'integrazione dei processi;

12) a riorganizzare attività chirurgica per intensità di cura valorizzando i *setting* assistenziali a minore assorbimento di risorse;

13) a coinvolgere le strutture private convenzionate nell'erogazione di selezionate prestazioni in ambito oncologico per ridurre le liste di attesa, prevedendo l'utilizzo di piattaforme integrate di condivisioni dei processi e delle attività (agende condivise, dati pazienti, indicatori);

14) a riorganizzare modelli di distribuzione ed erogazione dei trattamenti garantendo facilità di accesso attraverso la logica della prossimità, fornendo le cure nel *setting* più appropriato, anche tramite la deospedalizzazione dei trattamenti;

15) a valutare la possibilità di estendere le buone prassi di terapie oncologiche da attuare al domicilio o nelle case della comunità, al fine di evitare spostamenti ai pazienti oncologici;

16) a prevedere il coinvolgimento chiave delle associazioni pazienti nel disegno ed efficientamento dei percorsi paziente;

17) ad implementare televista, teleconsulto e telediagnosi favorendo interscambio di informazioni tra ospedale e territorio con piattaforme integrate con i sistemi informatici inseriti in maniera appropriata all'interno del processo assistenziale;

18) ad investire in percorsi formativi per favorire lo sviluppo di competenze cliniche specifiche del personale sanitario e socio-sanitario e dei nuovi ruoli (*case manager* infermieristico);

19) ad ammodernare tecnologicamente la strumentazione di radioterapia oncologica, velocizzandone l'acquisto da parte delle Regioni ed agevolando l'impiego dell'intelligenza artificiale avanzata (IAA) per incentivare la radioterapia adattiva, la velocizzazione dei trattamenti, la riduzione dell'impatto del trattamento in termini di costi e per il SSN e per la salute del paziente oncologico;

20) a sviluppare processi di valutazione della strumentazione medica attraverso l'applicazione della HTA (*health technology assessment*);

21) ad istituire *molecular tumor board* e centri di profilazione genomica incrementando il fondo già esistente per prestazioni NGS (*next generation sequencing*), al fine di garantire l'accesso a questi test a tutti i pazienti eleggibili, nonché prevedere un'implementazione del predetto fondo tenendo conto del volume potenziale dei pazienti suscettibili di una profilazione mediante NGS;

22) ad istituire una rete che colleghi centri di eccellenza nel contesto nazionale promuovendo l'integrazione di informazioni omogenee con le realtà internazionali;

23) a prevedere altresì l'adozione di una modalità condivisa di registrazione delle informazioni cliniche, in particolare di una cartella unica informatizzata che rappresenta lo strumento ottimale per garantire continuità degli interventi, omogeneità delle prestazioni ed evitare duplicazioni delle procedure rendendo gli strumenti tecnologici «più efficienti e più facili da usare e promuoverne l'accettazione, coinvolgendo sia gli operatori sanitari che i pazienti nelle scelte strategiche e nella progettazione e attuazione»;

24) a intraprendere misure specifiche per contrastare la carenza di personale medico e sanitario dedicato all'ADI (assistenza domiciliare integrata) valorizzando nuovi *setting*, favorendo la predisposizione da parte delle Regioni di un modello di presa in carico che garantisca ai pazienti un'integrazione di tutte le prestazioni fornite su base domiciliare in capo ad un unico soggetto erogatore, in modo da agevolare l'aderenza terapeutica del paziente ed efficientarne l'organizzazione della presa in carico;

25) a sviluppare percorsi di riabilitazione oncologica che prevedano il coinvolgimento della medicina di prossimità e assistenza domiciliare facendo leva sui nuovi *setting* (case di comunità e ospedali di comunità), adottando all'uopo tutte le iniziative per rendere effettivo il ritorno a una vita normale, produttiva e «di qualità» attraverso la riabilitazione oncologica tempestiva, *conditio sine qua non* per un pieno recupero fisico, nutrizionale, cognitivo, psicologico e sociale, definendo ed organizzando, per quanto di competenza, anche per i pazienti oncologici adulti, degli «ambulatori dei guariti», da attuare in accordo con la medicina del territorio in strutture extraospedaliere per ridurre l'impatto psicologico negativo delle strutture di cura oncologica, operando su un unico progetto condiviso e utilizzando un unico sistema integrato;

26) a valorizzare ed implementare la *survivorship* care per pazienti sopravvissuti e guariti prevedendo strumenti per migliorare la qualità di vita e l'efficacia delle cure tra cui il riconoscimento del diritto all'oblio, diritto necessario per: assicurare alle persone guarite da patologie oncologiche l'ac-

cesso ai diritti finanziari, assicurativi e di altra natura; intraprendere un percorso di adozione in condizioni di uguaglianza e non discriminazione, secondo quanto previsto dalla risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022; evitare qualsiasi discriminazione in campo lavorativo;

27) ad adottare iniziative per garantire l'implementazione e il monitoraggio delle *breast unit*, anche mediante il tavolo di coordinamento ministeriale che verifichi, con la collaborazione delle Regioni, i casi di inadempienza dei servizi offerti, allo scopo di garantire l'accessibilità delle donne in centri che rispondano a requisiti specifici secondo linee guida condivise e *standard* di qualità;

28) a sostenere la lotta al cancro infantile, facendone assoluta priorità e valutando l'istituzione di un fondo permanente per il sostegno ai piccoli pazienti oncologici, alle loro famiglie e a tutte le associazioni del terzo settore impegnate all'interno degli istituti oncologici pediatrici, nonché a definire ed organizzare, per i pazienti oncologici pediatrici guariti, programmi di controllo per la gestione del «guarito» e degli eventuali effetti a distanza nonché a definire misure per la presa in carico durante il periodo di transizione tra l'età pediatrica e quella adulta;

29) a prevedere, in tempi celeri, all'emanazione del regolamento previsto dall'articolo 1, comma 2, della legge 22 marzo 2019, n. 29, nonché del decreto per l'istituzione del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione, di cui all'articolo 4 della stessa legge, assicurandone un corretto funzionamento anche attraverso un corretto e completo trasferimento dei dati regionali al data base nazionale;

30) a garantire e incentivare servizi di psiconcologia nelle strutture sanitarie, riservati ai pazienti e ai familiari, al fine di migliorare la qualità di vita di chi affronta la diagnosi di cancro e le terapie e di limitare così la possibilità di conseguenze a livello psicologico, valorizzando le specifiche competenze dei professionisti sanitari in esse operanti anche attraverso corsi di formazione specifici;

31) a prevedere iniziative per la conservazione del posto di lavoro, il diritto al lavoro agile e un pieno reinserimento al lavoro dei pazienti oncologici;

32) ad assumere iniziative ai fini di una corretta ed uniforme presa in carico del paziente oncologico pediatrico promuovendo a livello territoriale l'approccio multidisciplinare e il lavoro di *équipe* con la presenza di diversi specialisti, con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psico-fisico del paziente pediatrico oncologico e della propria famiglia, promuovendo l'assistenza psicologica dei pazienti pediatrici e delle loro famiglie, nell'ambito dei reparti di oncologia medica, effettuata da laureati in psicologia, abilitati, e con specifiche competenze nell'ambito;

33) ad istituire un fondo pubblico per il finanziamento degli studi accademici al fine di incentivare e sostenere la ricerca scientifica riguardo alle patologie oncologiche pediatriche sui farmaci orfani e per lo sviluppo di nuove terapie, stanziando fondi per i farmaci oncologici pediatrici innovativi, l'attivazione di protocolli di cura sperimentali e lo sviluppo di studi clinici mediante un approccio terapeutico multidisciplinare;

34) a prevedere lo stanziamento di fondi volti al supporto economico delle famiglie a basso reddito, considerando i costi che le famiglie devono sostenere in caso di ricoveri presso centri di cura distanti dalla propria residenza;

35) a prevedere un adeguato trasferimento di risorse, specificandone le modalità concrete, per la prevenzione terziaria, per la costruzione delle reti indispensabili a garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti: reti oncologiche, reti tumori rari, rete cure palliative, eccetera;

36) ad emanare tutti i decreti attuativi relativi all'articolo 2 della legge 11 gennaio 2018, n. 3.

G1 (testo 2)

BINETTI, PARENTE, BOLDRINI, FREGOLENT, CANTÙ, ERRANI, PIRRO, LANIECE, RIZZOTTI, STABILE, SICLARI, DORIA, LUNESU, MARIN, BITI, IORI, CASTELLONE, MARINELLO, MAUTONE, GIUSEPPE PISANI, GALLONE, AIMI, VONO, CALIGIURI

Approvato

Il Senato,

premessi che:

martedì 13 aprile 2021, l'Assemblea del Senato ha discusso due mozioni sull'adozione del nuovo piano oncologico nazionale, una a prima firma della prima firmataria del presente atto di indirizzo (1-00288) e un'altra a prima firma della senatrice Boldrini (1-00289). Nel corso della seduta le due mozioni vennero ritirate e fu presentato un ordine del giorno (9/1-00289/001), condiviso e votato all'unanimità da tutti i gruppi, proprio per dare maggiore forza alle richieste;

i 15 impegni previsti dall'ordine del giorno, votati da tutti senatori presenti in Aula, impegnavano il Governo ad agire tempestivamente data la gravità del tema-problema, ma a distanza di un anno sono rimasti praticamente tutti inapplicati, in particolare lo stesso piano oncologico nazionale, che solo recentemente è stato inviato alle Regioni, nonostante il piano oncologico europeo rappresenti un punto di partenza efficace e una falsariga precisa e puntuale che richiederebbe solo un adattamento alla luce delle risorse umane, tecnologiche, scientifiche ed economiche presenti in Italia;

nello specifico, l'ordine del giorno approvato nel 2021, espressione della più ampia maggioranza possibile,

impegnava il Governo:

1) ad adottare iniziative per provvedere con urgenza all'approvazione di un nuovo piano oncologico nazionale (PON), coordinato con il Piano oncologico europeo;

2) a monitorare la concreta attuazione del PON, delle azioni e dei contenuti programmatici previsti, con una cabina di regia e un adeguato sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia;

3) ad adottare iniziative utili per promuovere le reti oncologiche regionali, con uno stanziamento di risorse dedicato al finanziamento delle relative attività e un adeguato piano di incentivi in favore delle Regioni nell'ambito delle risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale;

4) ad attivare i necessari strumenti per il coordinamento, a livello nazionale, delle attività delle reti oncologiche regionali, nell'ottica di garantire l'efficacia del modello;

5) ad adottare iniziative volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale per ridurre il numero di accessi alle strutture ospedaliere, valutando un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

6) ad adottare iniziative per rinnovare e modernizzare la dotazione strumentale e tecnologica per gli *screening* diagnostici, per le attività chirurgiche e per la radioterapia;

7) ad incentivare l'attuale tavolo tecnico interistituzionale per l'adozione di linee di indirizzo o linee guida per la telemedicina e per gli altri servizi della sanità digitale in generale e per il settore oncologico in particolare, nell'ottica di uniformare i programmi esistenti;

8) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che abbiano i requisiti necessari per l'accreditamento, anche in collaborazione con il settore privato, per sviluppare e diffondere la terapia CAR-T e valorizzare i ricercatori;

9) ad adottare iniziative di competenza per attuare quanto previsto dall'intesa Stato-Regioni 26 ottobre 2017 sul documento "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche" nell'ottica di garantire il più ampio accesso alla medicina di precisione, assicurare la multidisciplinarietà attraverso strutture adeguate e personale altamente specializzato;

10) a dare nuovo impulso all'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e garantire il pieno funzionamento degli *European reference network*, attraverso specifici finanziamenti;

11) ad adottare nuove strategie comunicative per garantire nei tempi e nei modi corretti accesso agli *screening* diagnostici, alle terapie di ultima generazione e alla riabilitazione sociosanitaria per consentire ai pazienti un reinserimento tempestivo nella loro vita sociale e professionale;

12) a valutare la possibilità di trasformare una comunicazione verbale in una comunicazione multicanale: televisite, teleconsulti, videochiamate, *chat* con i familiari, video *meeting* tra gli operatori, maggior uso dello *smarthphone* e dei *tablet* anche in ospedale o nei servizi territoriali;

13) a facilitare la consegna di farmaci a domicilio per attivare una riduzione degli spostamenti. L'accesso del farmacista a domicilio consentirebbe di fornire le informazioni necessarie a mantenere alta la *compliance* al farmaco e un maggior *empowerment* del paziente e del *caregiver*;

14) a monitorare l'attuazione del decreto-legge n. 34 del 2020, in cui si riconoscono ruolo e funzioni dell'infermiere di famiglia, adottando iniziative per un reclutamento nazionale adeguato, nell'ottica di rafforzare i servizi territoriali anche per i malati oncologici;

15) ad adottare iniziative volte a garantire il sostegno psicologico così come previsto dai LEA anche ai malati oncologici;

considerato che:

le ripercussioni della mancanza del piano oncologico nazionale si sono notate su diversi fronti; non hanno riguardato solo i volumi di prestazioni

ma anche le modalità di presa in carico multidisciplinare del paziente e i relativi processi organizzativi. La misura dell'impatto quantitativo e qualitativo della pandemia sull'oncologia e sull'onco-ematologia ha accentuato ulteriormente le differenze regionali già esistenti, rendendo necessario un piano di recupero più ampio che colmi in primo luogo le disparità tra Regioni. Tra queste, per esempio, rimane prioritario il completamento delle reti oncologiche regionali ancora non realizzate in alcune Regioni. Nel rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021, la Corte dei conti ha messo in luce il diverso grado di implementazione delle numerose misure introdotte nel 2020 per contrastare l'impatto della pandemia sull'assistenza sanitaria;

per tale motivo, l'8 febbraio 2022 la prima firmataria ha presentato la mozione 1-00453 che impegna il Governo a realizzare un piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia e ad approvare quanto prima il nuovo piano oncologico nazionale. Nell'atto è stato sollecitato il Governo a monitorare l'intero piano, le azioni previste e i finanziamenti già predisposti, attraverso una cabina di regia e un sistema di monitoraggio specifico per l'oncologia ed onco-ematologia, ma nonostante tutto dal Ministero non è arrivato alcun segnale di risposta positiva, in cui si evidenziasse una concreta volontà di superare questa fase di *post* pandemia in cui il malato oncologico, più di molti altri, si è sentito trascurato;

l'Europe's beating cancer plan deve essere il punto di partenza per la realizzazione del piano oncologico nazionale. A fronte dei 2,7 milioni di casi di tumore diagnosticati nel 2020 in Europa, 1,3 milioni di morti per cancro e l'aumento previsto del 24 per cento dei casi oncologici entro il 2035, il piano europeo di lotta contro il cancro identifica gli obiettivi strategici da raggiungere attraverso 10 "iniziative faro" e le relative azioni concrete. Le azioni previste a supporto delle iniziative faro saranno sostenute attraverso un finanziamento di 4 miliardi di euro destinati agli Stati membri che ne recepiranno i principi attraverso progettualità in linea e nel rispetto delle tempistiche indicate dal piano. Il piano europeo di lotta contro il cancro si basa su una logica organizzativa e definisce tempistiche precise per l'attuazione delle azioni e i relativi finanziamenti. Inoltre, prevede modifiche regolatorie e legislative come la strategia farmaceutica per l'Europa e la riforma della legislazione farmaceutica per favorire *l'early access* ai medicinali antitumorali. Anche i regolamenti relativi ai farmaci orfani dovranno essere rivisti allo scopo di migliorare le condizioni di studio ed autorizzazione. Il Piano oncologico nazionale dovrà quindi pensare a misure regolatorie AIFA alla luce di quanto previsto dal piano europeo;

inoltre nella decretazione d'urgenza sin qui intervenuta non si è tenuto conto del disavanzo, che si è generato nelle varie Regioni in questi ultimi due anni e mezzo di pandemia, stimabile in oltre 5 miliardi di mancate risorse riconosciute alle Regioni (non tutti dovuti ai costi Covid, dal momento che negli ultimi 6 mesi i costi energetici sono aumentati del 30 per cento circa di media, con punte di oltre il 100 per cento); su questo punto in particolare il Governo si era già impegnato, con l'approvazione dell'ordine del giorno G/2604/1/1a e 12a (testo 2) accolto nella seduta n. 4 del 17 maggio 2022;

con riferimento all'anno 2022, l'incremento di 2 miliardi previsti dalla legge di bilancio per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale e finalizzati all'attuazione di specifiche misure, non appare adeguato per consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria in campo oncologico, anche nella prospettiva del nuovo Piano nazionale che difetta di elementi essenziali alla sua effettiva realizzabilità per carenza di cronoprogrammi certi e di coperture altrettanto certe, indispensabili alla luce degli oneri già sostenuti e da sostenere per il prolungarsi dell'emergenza pandemica e, contestualmente, dei maggiori costi energetici;

rilevato che:

poiché si stima che entro il 2035 il cancro sarà la prima causa di morte in Europa, la Commissione europea è intervenuta con la *mission on cancer* e il piano europeo di lotta contro il cancro per salvare 3 milioni di vite umane e aumentare la percentuale di sopravvivenza dall'attuale 47 al 75 per cento entro il 2030, concentrandosi su prevenzione del cancro, trattamento, assistenza e riabilitazione delle persone guarite, innovazione sociale e riduzione delle disuguaglianze. Ciò dimostra che per l'emergenza oncologica italiana va considerata la posizione dell'Europa che ha cercato di porre rimedio all'emergenza oncologica europea;

nell'ambito delle manifestazioni indette per celebrare la XVII Giornata nazionale del malato oncologico, è stato presentato il 14° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici che ha evidenziato che un quarto dei casi di cancro diagnosticati a livello globale sono a carico della popolazione europea, che tuttavia rappresenta solo il 10 per cento di quella mondiale. Entro il 2035, il numero di vite perse a causa delle patologie neoplastiche aumenterà di oltre il 24 per cento, facendo del cancro la prima causa di morte nell'Unione. L'impatto economico della malattia in Europa è stimato in cento miliardi di euro annui;

in Italia, sottolinea il Rapporto citato, ogni giorno sono diagnosticati più di mille nuovi casi di tumore; 3.600.000 persone, pari al 5,7 per cento della popolazione, vivono dopo una diagnosi di cancro. Di queste, 900.000 possono considerarsi guarite, con più o meno disabilità, e il loro numero è destinato ad aumentare;

nel 2020, 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa del cancro. Gli effetti indiretti che la pandemia da Covid-19 ha avuto sulla prevenzione e assistenza oncologica ed onco-ematologica sono molti: ritardi accumulati nell'ambito delle prestazioni di *screening*, diagnosi, nuovi trattamenti, ricoveri oncologici ed onco-ematologici e interventi chirurgici evidenziano come sia importante l'attuazione del nuovo Piano oncologico nazionale e di un Piano straordinario di recupero per l'oncologia *post-pandemia*;

nel periodo febbraio 2020 - dicembre 2021 si è osservata una contrazione delle richieste di accertamenti preventivi per tumore al seno (-9 per cento richieste di mammografia), ai polmoni (-15 per cento di TAC polmonari), al colon (-11 per cento di colonscopie) rispetto allo stesso periodo del 2019, con cadute drammatiche nei mesi della prima ondata pandemica: -66 per cento di richieste di mammografia di marzo 2020 rispetto a marzo 2019; -56 per cento di richieste di TAC polmonari di marzo 2020 rispetto a marzo

2019; -58 per cento di richieste di colonscopia di marzo 2020 rispetto a marzo 2021;

l'Osservatorio nazionale *screening* che nel suo ultimo rapporto analizza il periodo gennaio 2020 - maggio 2021 confrontando i risultati con un periodo *standard* di riferimento relativo al 2019 pre-pandemico. Per quanto riguarda la diagnosi precoce, dall'Osservatorio emerge come sono stati inviati oltre un milione di inviti in meno alla mammografia (-20 per cento a livello nazionale), un milione e mezzo in meno allo *screening* cervicale con Pap test e HPV test (-28 per cento) e oltre due milioni in meno per lo *screening* coloretale (-24 per cento). Il calo è ancora più drammatico guardando al numero delle prestazioni effettuate: -36 per cento Pap test/HPV test, - 29 per cento mammografie e -34 per cento per il colon retto;

la proposta che si avanza con la presente mozione è quella di ripartire dal piano oncologico europeo, tenendo conto che dopo la pandemia è necessario disporre di un piano straordinario per il recupero dell'oncologia *post* pandemia e probabilmente il nuovo piano oncologico nazionale, ancora sospeso, potrebbe non essere sufficiente. Di fatto, esiste un'emergenza dell'oncologia *post* pandemia perché i ritardi di accesso alle prestazioni oncologiche non sono ancora stati recuperati: persiste una vera e propria difficoltà di accesso a visite e controlli e, nonostante nel 2021 ci sia stata una ripresa delle attività assistenziali, è ancora insufficiente a colmare i *gap* creati e per il prossimo futuro si prevede un ulteriore aumento delle liste di attesa e soprattutto una maggiore complessità assistenziale;

la pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza alcune aree critiche che richiedono un attento monitoraggio in questa fase di possibile ripresa. Si tratta di punti critici che caratterizzano l'intero percorso del paziente oncologico e che si possono distribuire sul fronte organizzativo, laddove le reti non sono ancora sufficientemente strutturate, per arrivare a cogliere con tutta l'urgenza necessaria la mancanza di quella medicina personalizzata, oggi possibile in teoria, ma non ancora calata nella concretezza delle azioni che consentono un'autentica azione di prevenzione e di promozione della salute. Non bisogna confondere la prevenzione con la diagnosi precoce, che tutt'al più consente una prevenzione secondaria degli effetti di una patologia quando è diagnosticata in ritardo. Per tale motivo è più che mai necessario garantire equità di accesso a diagnosi di patologie complesse ricorrendo a strumentazioni sofisticate, ma disponibili. È l'unico modo per passare a trattamenti innovativi con alti *standard* di qualità, cercando di garantire la qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia;

come affermato dal presidente nazionale AIOM, Saverio Cinieri, "Serve subito un piano di recupero dell'oncologia, per colmare i ritardi nell'assistenza ai pazienti oncologici, che vada dalla diagnosi alla chirurgia, alla terapia medica fino alla radioterapia. Senza un'adeguata programmazione, che preveda l'assegnazione di risorse e personale dedicato, le oncologie del nostro Paese non saranno in grado di affrontare l'ondata di casi di cancro in fase avanzata stimati nei prossimi mesi e anni. In queste settimane, la nuova ondata della pandemia causata dalla variante Omicron sta mettendo in crisi la gestione dei reparti di oncologia e l'attività chirurgica programmata è stata sospesa o rallentata, poiché le terapie intensive sono occupate da pazienti con

Covid. I danni per le persone colpite da cancro rischiano di essere molto gravi, in quanto il successo delle cure dipende anche dai tempi brevi entro cui viene eseguito l'intervento chirurgico". "La crisi nell'assistenza sanitaria causata dalla pandemia non può più essere affrontata con iniziative estemporanee come è avvenuto finora, basate sull'apertura e chiusura dei reparti in relazione all'incremento del numero dei contagiati dal Covid-19. Chiediamo alle istituzioni di definire una programmazione a medio e lungo termine sulla conservazione e implementazione dell'attività oncologica ospedaliera. Soffriamo in particolare la mancanza di personale e di spazi, sarebbe anche appropriato comprendere come la maggior parte dei trattamenti di oncologia medica venga effettuata in regime di *day-hospital*, permettendo ai pazienti di continuare, compatibilmente con la malattia e con le cure, una vita quanto più normale possibile";

occorre riconoscere che la pandemia, tra i tanti danni prodotti, è stata anche un facilitatore di nuove soluzioni e di nuovi modelli di presa in carico, sebbene questi non siano bastati ad evitare ritardi nelle attività assistenziali. Ad esempio il modello *patient driven*, particolarmente efficace per valutare le leve strategiche del piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia e probabilmente lo stesso nuovo piano oncologico nazionale, quando sarà varato, dal momento che il modello *patient driven* consente la valutazione dell'impatto, delle priorità e dell'urgenza di implementazione delle stesse leve strategiche. Tra le leve strategiche a maggior impatto sulla salute individuale e pubblica, che vanno quindi considerate tra le priorità da implementare nel nuovo piano oncologico nazionale, si possono includere: la necessità di riorganizzare il percorso del paziente oncologico e onco-ematologico, perché non trovi intoppi di nessun tipo, neppure a livello organizzativo e burocratico; il percorso comincia ancor prima di ricevere la diagnosi e passa attraverso gli *screening* oncologici, che rappresentano vere e proprie azioni qualificate per la promozione della salute; la valorizzazione delle cosiddette cure intermedie, di cui è parte integrante l'assistenza domiciliare integrata; e infine occorre migliorare la relazione e il coordinamento tra l'ospedale e il territorio, anche alla luce dell'attuale PNRR, che valorizza l'assistenza territoriale sia come medicina di prossimità per venire incontro ai bisogni dei pazienti, che per decongestionare molti accessi impropri all'ospedale in genere e al pronto soccorso in particolare;

di fatto sono state identificate 10 "leve di miglioramento", con le relative azioni organizzative, di processo per rendere il più efficace possibile sia il piano straordinario di recupero per l'oncologia *post* pandemia che il piano oncologico nazionale, quando sarà varato. I punti chiave sono sempre la *governance*, sul piano organizzativo-gestionale, gli *screening* sul piano della diagnostica precoce, e la qualità della relazione tra ospedale e territorio, soprattutto se si vuole garantire all'assistenza domiciliare la qualità che merita. Anche in questo caso un aiuto potente potrà venire dai tanto auspicati processi di digitalizzazione e dal relativo rinnovamento del cosiddetto parco tecnologico. Ma senza investire a livello scientifico una rinnovata capacità di attrarre talenti giovani, creativi, si potrà assistere ancora a quella migrazione di giovani scienziati che rappresenta un vero e proprio depauperamento del nostro Paese. Scienza e tecnologia costituiscono una leva potentissima se si

integrano senza pregiudizi, scoprendo anche nuovi modelli formativi e soprattutto nuovi modelli sperimentali per esplorare nicchie di sapere per ora solo marginali. Ma se il malato ha bisogno di più organizzazione, di più ricerca e di più tecnologia, sarà sempre sul piano umano della relazione e dell'assistenza che si sentirà preso in carico dalle diverse strutture e dai vari professionisti, che si tratti sia di ospedali pubblici che di strutture convenzionate o di privati. Il malato e i suoi famigliari vogliono comprovare nella quotidiana della loro esperienza di malattia come si armonizzano le rispettive *skill* dei medici e del personale sanitario, senza conflitti di competenza e senza deleghe di responsabilità. Solo così sarà possibile riorganizzare il percorso del paziente oncologico in questa fase di *post* pandemia;

la terapia con radioligandi, o *radioligand therapy*, si inserisce in questo scenario. Si pone come esempio innovativo della medicina di precisione, grazie al quale si intende individuare strategie di intervento mirate, sicure ed efficaci. Si tratta di un metodo innovativo che deriva dai progressi delle conoscenze in medicina nucleare e che tuttavia per sua natura richiede un'attenta pianificazione, dalle scelte di politica sanitaria all'adeguamento delle infrastrutture necessarie all'erogazione del trattamento;

la complessità di questa terapia necessita di un adeguamento infrastrutturale, nonché la gestione nell'ambito di un *team* multidisciplinare. A tal fine, dunque, è necessario che vi sia un'adeguata implementazione e istituzionalizzazione della terapia RLT affinché sia inserita all'interno delle politiche sul cancro, nazionali e regionali, e si ponga come un'alternativa di cura a disposizione dei pazienti;

l'oncologia sta attraversando un profondo cambiamento basato sull'acquisizione di informazioni meccanicistiche sullo stato di malattia e l'uso conseguente di terapie mirate (terapie personalizzate e di precisione). Il nuovo paradigma oncologica si basa sui test *next generation sequencing* (NGS) per la profilazione genetica tramite biopsia solida e anche biopsia liquida. Questi nuovi test sono in grado di analizzare fino ad oltre 300 mutazioni geniche in una singola analisi e di fornire dati anche sul *tumor mutational burden* (TMB);

se qualcuno ritenesse che il problema della scarsa presa in carico del malato oncologico è solo di natura economica, allora bisognerebbe provare ad elencare tutte le risorse, almeno teoricamente, disponibili. Il Governo ha disposto un miliardo di euro per il recupero delle liste d'attesa per tutti i malati. Il PNRR (asse VI, sanità: 15, 63 miliardi), ha previsto: 2 miliardi per le "case della comunità" e per la presa in carico della persona; 4 miliardi di euro per la casa, l'abitazione del paziente, considerandola come primo luogo di cura, in cui innestare le risorse della telemedicina; un miliardo per l'assistenza sanitaria intermedia, gli ospedali di comunità; 7 miliardi per l'ammmodernamento tecnologico; 1,26 miliardi per la formazione; 520 milioni per la ricerca biomedica e 740 milioni per lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali. Inoltre il piano europeo di lotta al cancro ha predisposto 1, 25 miliardi EU4Health, più 2 miliardi per progetti ricerca e circa 250 milioni per attivare i processi di digitalizzazione. Non tutti sono per i malati oncologici, ma costoro non sono esclusi da nessuna voce del bilancio riportato;

considerando l'impegno del Governo, assunto in sede di presentazione del Documento di economia e finanza (DEF) in cui si prevede la sterilizzazione dei disavanzi sanitari Covid 2021 e 2022, compreso l'ordine del giorno G/2604/1/1a e 12a (testo 2) già citato, potrebbe essere utile valutare l'opportunità di spalmare i relativi oneri elettivamente in dieci anni, in linea con gli obiettivi di finanza pubblica;

giova evidenziare che le risorse possono essere necessarie e al tempo stesso non sufficienti se manca la cabina di regia prevista, o almeno prevedibile, dal Piano oncologico nazionale ma esiste in ogni caso la necessità di prevedere in sede di legge di bilancio un adeguato finanziamento che non si limiti a investimenti straordinari e allo stesso tempo prevedere norme che assicurino un'adeguata allocazione di personale; da un'azione di controllo e di verifica dei risultati degli investimenti, ma anche della misura di soddisfazione del paziente e da quella serie di indicatori concreti ed oggettivi che consentono una valutazione *in itinere* di grande efficacia sui processi,

considerato che:

la legge 22 marzo 2019, n. 29, recante "Istituzione e disciplina della rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione", oltre alla raccolta, all'analisi e alla pubblicazione di dati epidemiologici generali, mira alla sorveglianza epidemiologica oncologica e infettivologica per ridurre il rischio di introduzione o reintroduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo;

l'articolo 1, comma 2, prevede che "Entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge, "con regolamento da adottare i sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati e disciplinati i dati che possono essere inseriti nella rete nazionale, le modalità relative al loro trattamento, i soggetti che possono avere accesso alla medesima Rete, i dati che possono essere oggetto dell'accesso stesso, le misure per la custodia e la sicurezza dei predetti dati [...]";

l'articolo 4, comma 1, prevede inoltre che "Al fine di garantire un controllo permanente dello stato di salute della popolazione, anche nell'ambito dei sistemi di sorveglianza, dei registri di mortalità, dei tumori e di altre patologie [...] il Ministro della salute, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotta un decreto per l'istituzione del referto epidemiologico, per il controllo sanitario della popolazione con particolare attenzione alle aree più critiche del territorio nazionale [...]";

ad oggi la legge sulla rete nazionale tumori non ha trovato piena attuazione in quanto mancano i decreti attuativi sopra citati;

con decreto del 27 aprile 2021, è stato istituito un tavolo di lavoro interistituzionale con il compito di elaborare un documento di pianificazione, finalizzato a migliorare il percorso complessivo di contrasto delle patologie

neoplastiche, in coerenza proprio con il Piano europeo di lotta contro il cancro;

il ministro della salute Speranza, rispondendo al *question time* del 19 maggio 2022 in Aula alla Camera, ha sottolineato che "quanto all'*iter* di adozione del nuovo Piano oncologico nazionale nel quadro dell'attuazione del Piano europeo di lotta contro il cancro, i componenti del tavolo si riuniranno proprio domani, 19 maggio, per una verifica conclusiva del testo in vista del successivo invio alla Conferenza Stato-Regioni, ai fini dell'adozione mediante intesa";

l'iter del nuovo Piano oncologico nazionale è stato anche oggetto di un intervento del sottosegretario alla salute Andrea Costa in Commissione affari sociali della Camera lo scorso 25 maggio 2022 ed ha sottolineato che "il lavoro per la predisposizione del Piano nazionale è stato condotto al fine di potenziare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro, per valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica, nonché per sostenere le nuove tecnologie, la ricerca e l'innovazione. Il Documento in questione è stato elaborato perseguendo le finalità del Piano europeo di lotta contro il cancro del 2021 (*European beating cancer plan*), e sono stati individuati per ciascun ambito obiettivi e linee strategiche da realizzare, corredati da alcuni indicatori di monitoraggio." Inoltre, ha evidenziato, che nella seduta del tavolo di lavoro interistituzionale del 19 maggio 2022, il Documento è stato sottoposto all'attenzione dei componenti del tavolo, ed è stata sottolineata la necessità di favorire la rapida prosecuzione dell'*iter* di adozione del Documento, culminante nell'intesa in Conferenza Stato-Regioni;

il 15 giugno 2022 è stata approvata alla Camera una mozione bipartisan che impegna il Governo ad adottare tutte le iniziative necessarie per mettere in atto le misure previste dal Piano europeo di lotta contro il cancro;

considerato inoltre che:

l'evento della malattia coinvolge numerosi aspetti della vita della persona, a partire dal momento diagnostico ai successivi *follow-up* e sono numerose le ripercussioni psicologiche che si hanno sul paziente oncologico e sulla sua famiglia. È fondamentale, pertanto, realizzare servizi di psiconcologia al fine incentivare un miglior benessere psicologico del paziente oncologico in una nuova modalità di assistenza che integra l'aspetto emotivo, cognitivo e sociale dell'individuo con le cure mediche;

considerato inoltre che:

è tempo di garantire a coloro che sono stati affetti da patologie oncologiche il diritto a non subire, dopo la guarigione, discriminazioni a causa del loro stato di salute, in particolare per ciò che riguarda l'accesso ai servizi bancari e assicurativi e alle procedure di adozione, come già avviene in alcuni Stati membri dell'Unione europea e come è già previsto nella risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su Rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro - Verso una strategia globale e coordinata (2020/2267(INI)), che, nell'enunciazione dei campi di azione - al paragrafo 125 - recita: il Parlamento «chiede che entro il 2025, al più tardi, tutti gli Stati membri garantiscano il diritto all'oblio a tutti i pazienti europei dopo dieci anni dalla fine del trattamento e fino a cinque anni dopo la fine del trattamento per i pazienti per i quali la diagnosi è stata formulata prima dei 18 anni di età»,

considerato altresì che:

l'Associazione italiana registri tumori (IRTUM) stima che per il quinquennio 2016-2020, in Italia, siano state diagnosticate 7.000 neoplasie tra i bambini e 4.000 tra gli adolescenti (15-19 anni), in linea con il quinquennio precedente. La media annuale stimata è di 1.400 casi nella fascia d'età 0-14 anni e 900 in quella 15-19 anni;

negli ultimi dieci anni in Europa, a fronte della sperimentazione di nuovi farmaci per combattere i tumori per gli adulti, sono ancora pochissimi quelli studiati per l'età pediatrica. Si evidenzia la mancanza di una ricerca dedicata all'età pediatrica, e, dunque, la carenza di farmaci dedicati ai bambini e sperimentati su di loro, tutto ciò comporta la difficoltà di accesso a farmaci innovativi;

la ricerca biomedica ha fatto grandi passi avanti nella cura dei tumori pediatrici, ma per poter usufruire delle migliori terapie disponibili i piccoli pazienti devono essere arruolati in protocolli di cura, che garantiscano loro i più elevati *standard* internazionali. Rispetto alle cure *standard*, non strutturate, l'apertura di questi protocolli ha costi aggiuntivi a carico delle strutture ospedaliere che, spesso, hanno grandi difficoltà a reperire i fondi necessari a sostenerli;

un'indagine condotta in Italia da Fondazione soletterre e dall'Unità di ricerca sul trauma dell'Università Cattolica ("Cancro in età evolutiva: fattori di rischio e di protezione per il benessere psicologico degli adolescenti"), sul breve periodo (da novembre 2019 a settembre 2021) su un campione di 31 adolescenti dai 12 e 23 anni in cura presso la U.O.C. onco-ematologia pediatrica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, ha rilevato punteggi di ansia e depressione clinicamente significativi per il 6,5 per cento dei giovani. Inoltre per il 12,9 per cento del campione l'ansia e la depressione sono responsabili di comportamenti di ritiro sociale e al loro aumentare crescono anche lamentele somatiche, problemi di pensiero e problemi di attenzione,

impegna il Governo:

1) a provvedere in legge di bilancio un adeguato finanziamento per il PON e ad assicurare allo stesso tempo un adeguato stanziamento di organico;

2) ad adottare le misure necessarie alla sostenibilità del sistema nel 2022, e successivi, e della relativa programmazione di cui il Piano oncologico è parte essenziale con sterilizzazione dei disavanzi sanitari regionali Covid 2021 e 2022, riconoscendo alle Regioni flessibilità nell'utilizzo delle risorse in parte corrente e a investimento, ferma la corretta allocazione negli impieghi e negli esiti mediante controlli stringenti sull'effettiva finalizzazione, anche tenuto conto dell'impatto del decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77, finanziando il ripianamento straordinario dei maggiori costi sostenuti durante lo stato di emergenza sanitaria per tutto il periodo di attuazione di Missione 6 a PNRR ovvero valutando l'opportunità di spalmarne i relativi oneri almeno in dieci anni, in linea gli obiettivi di finanza pubblica;

3) a prevedere finanziamenti per le reti oncologiche regionali, applicando le risorse previste per la sanità dal PNRR al settore delle malattie oncologiche;

4) a completare il percorso istitutivo del Registro nazionale tumori e della rete dei registri regionali, assicurando un corretto conferimento dei dati regionali in unico e funzionante *database* nazionale, anche definendo gli *standard* di funzionamento dei registri tumori attraverso requisiti organizzativi, tecnologici e strumentali, nonché dei flussi informativi;

5) a formalizzare e valorizzare il ruolo degli IRCCS e dei centri di eccellenza all'interno delle reti oncologiche regionali;

6) a condividere le buone pratiche cliniche e organizzative (PDTA), comprese le esperienze regionali virtuose, per la riduzione delle problematiche di accesso alle prestazioni, dalla riduzione delle liste di attesa alla promozione della continuità assistenziale;

7) a valorizzare il ruolo della prevenzione primaria come strategia principale nella lotta alle patologie oncologiche, anche con riferimento al Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (PNP), coinvolgendo innanzitutto i professionisti sanitari presenti all'interno delle reti territoriali e, in particolare, i medici di medicina generale che, secondo i modelli proposti, rappresentano le figure sanitarie più vicine ai cittadini;

8) a considerare nei programmi di *screening* i ritardi accumulati e coinvolgere tutta la popolazione prevista per ciascuno di essi;

9) ad investire sulle risorse strutturali e tecnologiche e contestualmente sulle competenze in ambito sanitario (*clinical skill*), garantendo l'efficienza dei trattamenti e la riduzione del carico di lavoro del personale sanitario impiegato, prevedendo l'adozione di iniziative volte a sostenere lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità, nell'ottica di sviluppare nuove innovazioni terapeutiche, tra cui la terapia con radioligandi, attivando strumenti di coordinamento delle attività delle reti oncologiche regionali, al fine di garantire l'equa efficacia del modello su tutto il territorio nazionale;

10) ad estendere i programmi di *screening* oncologico anche in altri *setting* (CdC e OdC);

11) ad implementare e diffondere modelli integrati di gestione di percorsi oncologici ed onco-ematologici attraverso piattaforme per l'integrazione dei processi;

12) a riorganizzare attività chirurgica per intensità di cura valorizzando i *setting* assistenziali a minore assorbimento di risorse;

13) a coinvolgere le strutture private convenzionate nell'erogazione di selezionate prestazioni in ambito oncologico per ridurre le liste di attesa, prevedendo l'utilizzo di piattaforme integrate di condivisioni dei processi e delle attività (agende condivise, dati pazienti, indicatori);

14) a riorganizzare modelli di distribuzione ed erogazione dei trattamenti garantendo facilità di accesso attraverso la logica della prossimità, fornendo le cure nel *setting* più appropriato, anche tramite la deospedalizzazione dei trattamenti;

15) a valutare la possibilità di estendere le buone prassi di terapie oncologiche da attuare al domicilio o nelle case della comunità, al fine di evitare spostamenti ai pazienti oncologici;

16) a prevedere il coinvolgimento chiave delle associazioni pazienti nel disegno ed efficientamento dei percorsi paziente;

17) ad implementare televista, teleconsulto e telediagnosi favorendo interscambio di informazioni tra ospedale e territorio con piattaforme integrate con i sistemi informatici inseriti in maniera appropriata all'interno del processo assistenziale;

18) a valutare lo sviluppo di nuovi percorsi formativi per l'acquisizione di competenze specialistiche per i nuovi ruoli richiesti dalla riorganizzazione delle reti assistenziali (*case manager* infermieristico);

19) ad ammodernare tecnologicamente la strumentazione di radioterapia oncologica, velocizzandone l'acquisto da parte delle Regioni ed agevolando l'impiego dell'intelligenza artificiale avanzata (IAA) per incentivare la radioterapia adattiva, la velocizzazione dei trattamenti, la riduzione dell'impatto del trattamento in termini di costi e per il SSN e per la salute del paziente oncologico;

20) a sviluppare processi di valutazione della strumentazione medica attraverso l'applicazione della HTA (*health technology assessment*);

21) ad istituire *molecular tumor board* e centri di profilazione genomica incrementando il fondo già esistente per prestazioni NGS (*next generation sequencing*), al fine di garantire l'accesso a questi test a tutti i pazienti eleggibili, nonché prevedere un'implementazione del predetto fondo tenendo conto del volume potenziale dei pazienti suscettibili di una profilazione mediante NGS;

22) ad istituire una rete che colleghi centri di eccellenza nel contesto nazionale promuovendo l'integrazione di informazioni omogenee con le realtà internazionali;

23) a prevedere altresì l'adozione di una modalità condivisa di registrazione delle informazioni cliniche, in particolare di una cartella unica informatizzata che rappresenta lo strumento ottimale per garantire continuità degli interventi, omogeneità delle prestazioni ed evitare duplicazioni delle procedure rendendo gli strumenti tecnologici «più efficienti e più facili da usare e promuoverne l'accettazione, coinvolgendo sia gli operatori sanitari che i pazienti nelle scelte strategiche e nella progettazione e attuazione»;

24) a intraprendere misure specifiche per contrastare la carenza di personale medico e sanitario dedicato all'ADI (assistenza domiciliare integrata) valorizzando nuovi *setting*, favorendo la predisposizione da parte delle Regioni di un modello di presa in carico che garantisca ai pazienti un'integrazione di tutte le prestazioni fornite su base domiciliare in capo ad un unico soggetto erogatore, in modo da agevolare l'aderenza terapeutica del paziente ed efficientarne l'organizzazione della presa in carico;

25) a sviluppare percorsi di riabilitazione oncologica che prevedano il coinvolgimento della medicina di prossimità e assistenza domiciliare facendo leva sui nuovi *setting* (case di comunità e ospedali di comunità), adottando all'uopo tutte le iniziative per rendere effettivo il ritorno a una vita normale, produttiva e «di qualità» attraverso la riabilitazione oncologica tempestiva, *conditio sine qua non* per un pieno recupero fisico, nutrizionale, cognitivo, psicologico e sociale, definendo ed organizzando, per quanto di competenza, anche per i pazienti oncologici adulti, degli «ambulatori dei guariti», da attuare in accordo con la medicina del territorio in strutture extraospeda-

liere per ridurre l'impatto psicologico negativo delle strutture di cura oncologica, operando su un unico progetto condiviso e utilizzando un unico sistema integrato;

26) a valorizzare ed implementare, nel rispetto dei vincoli di bilancio, la *survivorship care* per pazienti sopravvissuti e guariti prevedendo strumenti per migliorare la qualità di vita e l'efficacia delle cure tra cui il riconoscimento del diritto all'oblio, diritto necessario per: assicurare alle persone guarite da patologie oncologiche l'accesso ai diritti finanziari, assicurativi e di altra natura; intraprendere un percorso di adozione in condizioni di uguaglianza e non discriminazione, secondo quanto previsto dalla risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022; evitare qualsiasi discriminazione in campo lavorativo;

27) ad adottare iniziative per garantire l'implementazione e il monitoraggio delle *breast unit*, anche mediante il tavolo di coordinamento ministeriale che verifichi, con la collaborazione delle Regioni, i casi di inadempienza dei servizi offerti, allo scopo di garantire l'accessibilità delle donne in centri che rispondano a requisiti specifici secondo linee guida condivise e *standard* di qualità;

28) a sostenere la lotta al cancro infantile, facendone assoluta priorità e valutando l'istituzione di un fondo permanente per il sostegno ai piccoli pazienti oncologici, alle loro famiglie e a tutte le associazioni del terzo settore impegnate all'interno degli istituti oncologici pediatrici, nonché a definire ed organizzare, per i pazienti oncologici pediatrici guariti, programmi di controllo per la gestione del «guarito» e degli eventuali effetti a distanza nonché a definire misure per la presa in carico durante il periodo di transizione tra l'età pediatrica e quella adulta;

29) a prevedere, in tempi celeri, all'emanazione del regolamento previsto dall'articolo 1, comma 2, della legge 22 marzo 2019, n. 29, nonché del decreto per l'istituzione del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione, di cui all'articolo 4 della stessa legge, assicurandone un corretto funzionamento anche attraverso un corretto e completo trasferimento dei dati regionali al data base nazionale;

30) a garantire e incentivare servizi di psiconcologia nelle strutture sanitarie, riservati ai pazienti e ai familiari, al fine di migliorare la qualità di vita di chi affronta la diagnosi di cancro e le terapie e di limitare così la possibilità di conseguenze a livello psicologico, valorizzando le specifiche competenze dei professionisti sanitari in esse operanti anche attraverso corsi di formazione specifici;

31) a prevedere iniziative per la conservazione del posto di lavoro, il diritto al lavoro agile e un pieno reinserimento al lavoro dei pazienti oncologici;

32) ad assumere iniziative ai fini di una corretta ed uniforme presa in carico del paziente oncologico pediatrico promuovendo a livello territoriale l'approccio multidisciplinare e il lavoro di *équipe* con la presenza di diversi specialisti, con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psico-fisico del paziente pediatrico oncologico e della propria famiglia, promuovendo

l'assistenza psicologica dei pazienti pediatrici e delle loro famiglie, nell'ambito dei reparti di oncologia medica, effettuata da laureati in psicologia, abilitati, e con specifiche competenze nell'ambito;

33) a valutare l'opportunità di istituire, nel rispetto dei vincoli di bilancio, un fondo pubblico per il finanziamento degli studi accademici al fine di incentivare e sostenere la ricerca scientifica riguardo alle patologie oncologiche pediatriche sui farmaci orfani e per lo sviluppo di nuove terapie, stanziando fondi per i farmaci oncologici pediatrici innovativi, l'attivazione di protocolli di cura sperimentali e lo sviluppo di studi clinici mediante un approccio terapeutico multidisciplinare;

34) a valutare la previsione dello stanziamento, nel rispetto dei vincoli di bilancio, di fondi volti al supporto economico delle famiglie a basso reddito, considerando i costi che le famiglie devono sostenere in caso di ricoveri presso centri di cura distanti dalla propria residenza;

35) a valutare l'opportunità di prevedere, nel rispetto dei vincoli di bilancio, un adeguato trasferimento di risorse, specificandone le modalità concrete, per la prevenzione terziaria, per la costruzione delle reti indispensabili a garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti: reti oncologiche, reti tumori rari, rete cure palliative, eccetera;

36) ad emanare tutti i decreti attuativi relativi all'articolo 2 della legge 11 gennaio 2018, n. 3.

Mozioni sulla candidatura italiana per la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo

(1-00484) (03 maggio 2022)

MIRABELLI, MALPEZZI, BITI, CIRINNÀ, D'ARIENZO, ROSSOMANDO, ALFIERI, BOLDRINI, FERRAZZI, GIACOBBE, MANCA, MARGIOTTA, PARRINI, PITTELLA, ROJC, VALENTE, FENU, LOREFICE. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

come rilevato da tutti gli osservatori, le mafie tentano con sempre maggiore insistenza di investire le ingenti risorse frutto dei traffici illeciti e criminali nell'economia legale;

il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo rappresentano una grave minaccia per l'integrità dell'economia e del sistema finanziario dell'UE, nonché per la sicurezza dei suoi cittadini; Europol stima, infatti, che circa l'1 per cento del prodotto interno lordo annuo dell'UE è rilevato come coinvolto in attività finanziarie sospette;

in data 20 luglio 2021, la Commissione europea ha presentato la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce l'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo;

la predetta Autorità, che si chiamerà AMLA, "Authority for Anti-Money Laundering and Countering the Financing of Terrorism", sarà la centrale di coordinamento delle autorità nazionali, tesa a garantire che il settore privato applichi in modo corretto e coerente le norme dell'UE. Tale Autorità, la

cui istituzione è prevista a partire dal 1° gennaio 2023, coordinerà e assisterà le "Financial Intelligence Unit" nazionali (FIU), in particolare per l'Italia, l'Unità di Informazione Finanziaria (UIF), nel migliorare l'efficacia dell'attuazione delle prescrizioni, garantendo *standard* normativi e metodi di valutazione del rischio uniformi;

l'AMLA avrà poteri di vigilanza e di indagine, nonché il potere di imporre sanzioni amministrative e penali pecuniarie nei confronti dei soggetti obbligati "selezionati", vale a dire enti creditizi e finanziari o i gruppi di enti creditizi o finanziari. Un passo avanti decisamente significativo dei processi, delle verifiche e dei controlli in ambito europeo e che allinea l'Unione alle attività delle *authorities* statunitensi;

in particolare, i compiti dell'AMLA saranno: sostenere le UIF nel loro lavoro per migliorarne la capacità analitica dei flussi illeciti e fare dell'*intelligence* finanziaria una fonte di informazioni fondamentale per i servizi di contrasto; vigilare direttamente su alcuni degli enti finanziari più rischiosi che operano in un gran numero di Stati membri o richiedono un'azione immediata per far fronte a rischi imminenti; monitorare e coordinare gli organismi di vigilanza nazionali responsabili di altri soggetti finanziari e coordinare gli organismi di vigilanza dei soggetti non finanziari e, infine, sostenere la cooperazione tra le Unità di informazione finanziaria nazionali (UIF) e facilitare il coordinamento e le analisi congiunte tra di esse, al fine di individuare meglio i flussi finanziari illeciti di natura transfrontaliera;

come evidenziato dalla Commissione, la lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento del terrorismo è fondamentale per garantire la stabilità finanziaria e la sicurezza in Europa. Per questo motivo, dunque, occorre che le norme dell'UE siano attuate in maniera armonizzata e coerente, con un'attività di vigilanza efficace e puntuale, al fine di combattere la criminalità e proteggere il nostro sistema finanziario;

inoltre, come dichiarato da Mairead McGuinness, commissaria per la Stabilità finanziaria, i servizi finanziari e l'Unione dei mercati dei capitali: "dietro la storia del denaro sporco ci sono crimini terribili che sono orribili per i cittadini, la società, le famiglie e le comunità e quindi combattere il riciclaggio di denaro significa affrontare la criminalità nel suo cuore. È dunque fondamentale assicurare che il nostro sistema finanziario non faciliti la criminalità e non permetta che il danaro sporco venga riciclato";

rilevato che:

il Parlamento europeo nella sua risoluzione del 10 luglio 2020 in merito a una politica integrata dell'Unione in materia di prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo ha valutato positivamente l'intenzione della Commissione di presentare un'autorità di vigilanza AML e un meccanismo di sostegno e coordinamento dell'UE per le unità di informazione finanziaria;

analogamente, il Consiglio si è espresso favorevolmente al piano d'azione della Commissione e nelle sue conclusioni in materia di antiriciclaggio e di contrasto del finanziamento del terrorismo del 5 novembre 2020 e ha invitato la Commissione a dare priorità all'istituzione di una vigilanza a livello dell'UE;

rilevato, inoltre, che:

in Italia la normativa antiriciclaggio si basa principalmente sul decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, che recepisce a sua volta la direttiva europea 2005/60/CE. Il predetto decreto ha introdotto nell'ordinamento nazionale una serie di adempimenti antiriciclaggio, finalizzati alla prevenzione e al contrasto del riciclaggio di denaro, beni o altre utilità e quindi con lo scopo di proteggere la stabilità e l'integrità del sistema economico e finanziario;

l'aspetto più importante per l'azione preventiva di contrasto al riciclaggio è un'adeguata verifica della clientela; in tal senso, occorre evidenziare come l'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 231 del 2007, dispone che tutti i professionisti che si occupano di transazioni economiche (dottori commercialisti ed esperti contabili, consulenti del lavoro, notai, avvocati e, talvolta, anche revisori legali dei conti) siano obbligati alla gestione degli adempimenti legati all'antiriciclaggio;

le Autorità di vigilanza di settore del nostro Paese (Banca d'Italia, IVASS, CONSOB) sovrintendono al rispetto degli obblighi di legge da parte dei soggetti vigilati, esercitando i connessi poteri sanzionatori. La Direzione investigativa antimafia e il Nucleo speciale di Polizia valutaria, nell'ambito delle proprie competenze, svolgono gli approfondimenti investigativi delle segnalazioni di operazioni sospette analizzate e trasmesse dalla UIF,

impegna al Governo ad attivarsi in tutte le sedi europee, affinché la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo sia stabilita in Italia, anche alla luce del lavoro di contrasto svolto, del valore delle esperienze investigative maturate e dell'articolata normativa adottata, che negli anni hanno visto costantemente il nostro Paese impegnato nella lotta al riciclaggio.

(1-00495) (05 luglio 2022)

URSO, CIRIANI, RAUTI, BALBONI, BARBARO, CALANDRINI, DE BERTOLDI, DE CARLO, DRAGO, FAZZOLARI, GARNERO SANTANCHÈ, IANNONE, LA PIETRA, LA RUSSA, MAFFONI, MALAN, NASTRI, PETRENGA, RUSPANDINI, TOTARO, ZAFFINI. -

Approvata

Il Senato,

premesso che:

i dati sull'uso del sistema finanziario a fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo sono allarmanti, ove si pensi che l'Europol ha stimato che circa l'1 per cento del prodotto interno lordo annuale della UE è coinvolto in attività finanziarie sospette;

le attività di riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo minacciano seriamente l'integrità dell'economia e del sistema finanziario della UE e la sicurezza dei cittadini che devono essere protetti dal terrorismo e dalla criminalità organizzata;

si è, dunque, ritenuto adottare misure volte ad adeguare il quadro normativo UE alle nuove sfide legate all'innovazione tecnologica, come le valute virtuali, la maggiore integrazione dei flussi finanziari nel mercato unico e la natura globale delle organizzazioni terroristiche;

a tal fine nel luglio 2021, la Commissione europea, nell'ambito di un'estesa riforma delle norme in materia di antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo, ha formulato proposte normative volte al rafforzamento dei poteri e della cooperazione tra le autorità nazionali e all'armonizzazione degli obblighi antiriciclaggio degli operatori con l'obiettivo di uniformare l'operato delle *financial intelligence unit* (UIF) mediante norme più stringenti;

tra le proposte è stata prevista anche la creazione di un'Autorità europea antiriciclaggio, Anti money laundering authority (AMLA), con compiti di supervisione, di supporto e coordinamento tra le UIF nazionali con l'obiettivo di migliorare l'individuazione di transazioni e attività sospette, sventando le scappatoie utilizzate dai criminali per riciclare proventi illeciti o finanziare attività terroristiche attraverso il sistema finanziario;

l'Autorità, la cui istituzione è prevista dal 1° gennaio 2023, avrà poteri di vigilanza e di indagine (con il potere di imporre sanzioni amministrative e penali pecuniarie) nei confronti dei soggetti obbligati "selezionati", vale a dire enti creditizi e finanziari o i gruppi di enti creditizi o finanziari;

più specificatamente i compiti dell'AMLA saranno: a) sostenere le UIF nazionali nel loro lavoro per migliorarne la capacità analitica dei flussi illeciti e fare dell'*intelligence* finanziaria una fonte di informazioni fondamentale per i servizi di contrasto; b) vigilare direttamente su alcuni degli enti finanziari più rischiosi che operano in un gran numero di Stati membri o richiedono un'azione immediata per far fronte a rischi imminenti; c) monitorare e coordinare gli organismi di vigilanza nazionali responsabili di altri soggetti finanziari e coordinare gli organismi di vigilanza dei soggetti non finanziari; d) sostenere la cooperazione tra le UIF e facilitare il coordinamento e le analisi congiunte tra di loro, al fine di individuare meglio i flussi finanziari illeciti di natura transfrontaliera;

la diffusione e l'evoluzione delle nuove tecnologie, quali le criptovalute, che hanno come obiettivo quello di introdurre dei sistemi di pagamento svincolati dai sistemi bancari tradizionali, hanno progressivamente destato una sempre maggiore preoccupazione, soprattutto in forza della capacità di tali strumenti, grazie a meccanismi di "pseudonimato", di prestarsi ad attività criminose, come è stato evidenziato nel rapporto Europol del 2021 "Cryptocurrencies. Tracing the evolution of criminal finances", che ha posto l'attenzione soprattutto sull'utilizzo di questa "moneta virtuale" con finalità di riciclaggio di denaro proveniente da attività criminose;

considerato che:

negli anni, nel solco della strada aperta da "giudici eroi" quali Rosario Livatino, Giovanni Falcone, Paolo Borsellino, ma anche dell'impegno significativo delle forze dell'ordine, l'Italia si è distinta per un costante impegno nella lotta alla criminalità organizzata ed alle attività di riciclaggio di nuova generazione (attraverso attacchi cibernetici, criptovalute, eccetera) ed ha svolto un notevole lavoro di contrasto, arricchendosi di esperienze investigative di notevole valore affiancate dall'adozione di un'articolata normativa che ha recepito anche quanto previsto a livello comunitario;

in Italia sussistono le alte competenze della UIF connesse alle varie autorità dello Stato, alla magistratura, alle competenti forze dell'ordine, ad organismi antimafia e antiterrorismo;

considerato, altresì, che:

nonostante l'Italia sia il terzo Paese europeo per popolazione, ad oggi non ospita alcuna sede di *authority* europea in ambito economico e finanziario nonostante la normativa e la vigilanza sono molto avanzate e le banche abbiano fatto grossi investimenti per adeguarsi;

il Parlamento, la Commissione e il Consiglio dell'Unione europea hanno sede a Bruxelles; la Banca centrale europea e vigilanza sulle banche sono a Francoforte; l'Autorità bancaria europea e quella degli strumenti finanziari e dei mercati si trovano a Parigi, mentre Madrid ospita l'Organizzazione internazionale dei regolatori sugli strumenti finanziari; infine il comitato che definisce le macro regole per tutto il mondo bancario e finanziario si trova a Basilea (come si evince dal suo nome);

a tal proposito, il Comitato parlamentare per la sicurezza della repubblica (COPASIR), nella sua relazione al Parlamento sull'attività svolta dal 1° gennaio 2021 al 9 febbraio 2022, ha sollecitato il Governo a farsi promotore in sede UE della candidatura dell'Italia ad ospitare la sede dell'AMLA;

tale proposta è stata condivisa in più occasioni, ma anche in sede di audizione presso lo stesso Comitato, lo scorso settembre, dal presidente dell'ABI, Antonio Patuelli, quando riferendo sul ruolo delle nuove tecnologie e il contrasto ai crimini cibernetici nel settore bancario, sulle criptovalute anche quale strumento della criminalità organizzata, ha apprezzato la possibilità che l'Italia rivendichi la sede della costituenda Autorità anti riciclaggio europea;

anche il comandante generale della Guardia di finanza, generale Giuseppe Zafarana, il 30 novembre 2021, sempre del corso dell'audizione presso il COPASIR, tracciando un quadro aggiornato delle attività poste in essere dal Corpo, ha condiviso l'ipotesi che l'istituenda Autorità anti riciclaggio europea abbia sede in Italia;

in occasione dell'ultima riunione lo scorso giugno, il Consiglio UE ha approvato la sua posizione parziale sulla proposta di regolamento relativa all'istituzione della nuova Autorità antiriciclaggio europea, parziale perché non è stato trovato un accordo sulla sede;

sulla base di tale considerazione, il Comitato si è fatto portatore di tale istanza nella speranza che i negoziati in corso che proseguiranno durante il semestre francese porteranno all'esito auspicato,

impegna il Governo ad attivarsi presso tutte le sedi europee affinché l'Italia venga designata come Paese ospitante la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo.

(1-00499) (05 luglio 2022)

BERNINI, CRAXI, AIMI, GASPARRI, BARBONI, BERARDI, GALLONE, GALLIANI, GIAMMANCO, MALLEGNI, MANGIALAVORI, RIZZOTTI, RONZULLI, ALDERISI, BARACHINI, BINETTI, BOCCARDI, CALIENDO, CALIGIURI, CANGINI, CESARO, DAL MAS, DAMIANI, DE BONIS, DE POLI, DE SIANO, FAZZONE, FERRO, FLO-

RIS, GHEDINI, GIRO, ALFREDO MESSINA, MODENA, PAGANO, PAPATHEU, PAROLI, PEROSINO, SACCONI, SCHIFANI, SCIASCIA, SERAFINI, SICLARI, STABILE, TIRABOSCHI, TOFFANIN, VITALI, VONO. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

il finanziamento del terrorismo e il riciclaggio del denaro sono una grave minaccia non solo per la sicurezza dei cittadini, ma anche per il sistema economico e finanziario Italiano e europeo;

in particolare, l'Europol stima che circa l'1 per cento del PIL della UE sia rilevato come coinvolto in attività finanziarie sospette;

durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19 molti settori dell'economia sono stati colpiti e ad approfittare di questa situazione molto spesso sono sia soggetti stranieri, in prevalenza asiatici, sia la criminalità organizzata che si insinua nelle attività commerciali per riciclare il denaro proveniente da attività illegali;

la Commissione europea, tra le novità in questo ambito, in data 21 luglio 2021, ha presentato un pacchetto di disposizioni legislative volto proprio a consolidare le norme UE per contrastare il finanziamento del terrorismo e il riciclaggio di denaro, proponendo di creare entro il 1° gennaio 2023 una nuova autorità che si chiamerà AMLA, Authority for anti-money laundering and countering the financing of terrorism, per la lotta al riciclaggio di denaro. AMLA sarà la centrale di coordinamento delle autorità nazionali, volta a garantire che il settore privato applichi le norme della UE;

l'obiettivo dell'autorità è di migliorare l'individuazione di transazioni e attività sospette e colmare le scorciatoie utilizzate dai criminali per riciclare proventi illeciti o finanziare attività terroristiche attraverso il sistema finanziario;

inoltre, AMLA avrà poteri di vigilanza e di indagine, nei confronti di enti creditizi e finanziari più rischiosi o di gruppi di enti creditizi o finanziari e coordinerà e assisterà le FIU nazionali (per l'Italia UIF, unità di informazione finanziaria) nel migliorare l'efficacia dell'attuazione delle prescrizioni, garantendo *standard* normativi e metodi di valutazione del rischio uniformi;

tenuto conto che:

il decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, recante "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", reca disposizioni a fini di prevenzione e contrasto dell'uso del sistema economico e finanziario a scopo di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e detta misure volte a tutelare l'integrità del sistema economico e finanziario e la correttezza dei comportamenti degli operatori tenuti alla loro osservanza;

l'articolo 3 riguarda una vasta platea di soggetti (persone fisiche e giuridiche) e categorie professionali e fra questi: intermediari bancari e finanziari, professionisti, dottori commercialisti, esperti contabili, consulenti del lavoro, oltre a notai e avvocati, tutti obbligati all'espletamento di adempimenti

definiti per la prevenzione e il contrasto di operazioni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo;

ai sensi dell'articolo 1 del decreto le autorità di vigilanza di settore sono la Banca d'Italia, la CONSOB e l'IVASS in quanto autorità preposte alla vigilanza e al controllo degli intermediari bancari e finanziari, dei revisori legali e delle società di revisione legale, mentre il nucleo speciale di polizia valutaria della Guardia di finanza e la DIA eseguono i controlli sull'osservanza delle disposizioni di cui al decreto da parte dei soggetti obbligati non vigilati dalle autorità di vigilanza di settore nonché gli ulteriori controlli effettuati, in collaborazione con la UIF che ne richieda l'intervento a supporto dell'esercizio delle funzioni di propria competenza, accertano le violazioni degli obblighi ed effettuano gli approfondimenti investigativi,

impegna il Governo a sostenere concretamente in tutte le sedi europee la candidatura dell'Italia a sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, e a porre in essere tutte le iniziative necessarie a tal fine, rappresentando questa scelta una grande opportunità per il nostro Paese, considerato l'ampio lavoro svolto e l'attività di prevenzione e repressione sistematica sinora svolti per contenere l'espansione di tali fenomeni.

(1-00507) (05 luglio 2022)

CANDIANI, SIMONE BOSSI, CAMPARI, CASOLATI, IWObI, EMANUELE PELLEGRINI, LUCIDI, VESCOVI. -

Approvata

Il Senato,

premesse che:

preso atto delle richieste di impegno a voler portare in Italia la sede dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo ("Authority for Anti-Money Laundering and Countering the Financing of Terrorism", AMLA), la cui istituzione è prevista a partire dal 1° gennaio 2023, dopo che in data 20 luglio 2021 la Commissione europea ha presentato la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce tale Autorità;

in un'ottica di avvicinamento dei cittadini alle istituzioni europee, e per continuare a sostenere la necessità di una maggiore democratizzazione delle istituzioni stesse, è necessario favorire una politica di decentramento degli organismi comunitari, prevedendo un maggior ruolo e una capillare distribuzione delle agenzie europee, ovvero di altri istituti legati al diritto derivato dell'UE;

l'Italia, Paese fondatore dell'UE, terza economia e terzo Paese per popolazione dell'Unione, ad oggi ospita 2 agenzie europee, l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), con sede a Parma, e la Fondazione europea per la formazione professionale (ETF), con sede a Torino; altri tra i principali Paesi europei vantano un numero maggiore di tali strutture;

ospitare sedi di organismi europei, che siano in grado di esaltare alcune peculiarità italiane, comporta certamente un impatto economico positivo, visto l'indotto generato anche in termini di occupazione, ma avrebbe al contempo anche favorevoli risvolti su un piano diplomatico, accrescendo il ruolo del nostro Paese all'interno dei meccanismi decisionali comunitari;

considerato che il 20 luglio del 2019 il Regno Unito ha ufficializzato il ritiro dalla ratifica dell'Accordo sul Tribunale Unificato dei Brevetti (TUB), rendendo vacante la sede londinese del TUB; l'Accordo istitutivo del TUB prevede una Divisione centrale, con a sede a Parigi, e due sezioni, a Londra e Monaco di Baviera; l'Italia, che ha ratificato l'accordo nel 2016, è insieme a Germania e Francia uno tra i Paesi con il maggior numero di brevetti europei, ed ospita a Milano la divisione locale del TUB;

valutato inoltre che l'Italia detiene il primato internazionale per numero di siti dichiarati dall'Unesco Patrimonio dell'Umanità ed ospita le principali città culturali europee; la storia italiana sin dall'antichità ha lasciato un'eredità dal valore inestimabile in termini culturali ed ha contribuito in maniera preminente allo sviluppo dell'identità culturale europea,

impegna il Governo:

1) in aggiunta all'impegno nel valutare la candidatura dell'Italia come sede per la dell'Autorità per la lotta al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, a sostenere al contempo il processo di assegnazione per l'Italia della terza sezione della Divisione centrale del Tribunale Unificato dei Brevetti, in sostituzione di Londra;

2) a promuovere altresì l'assegnazione all'Italia della sede dell'Agenzia esecutiva per l'istruzione e la cultura, come riconoscimento del ruolo del nostro Paese quale principale centro culturale europeo.

Allegato B**Integrazione alla dichiarazione di voto della senatrice Donno sulle
mozioni 1-00484, 1-00495, 1-00499 e 1-00507**

Dati incontrovertibili, questi, e che, purtroppo, sono ripetibili in molte, tante, troppe province italiane.

Assistiamo, dunque, non possiamo tacerlo, al sistematico allargamento del raggio d'azione delle nuove mafie anche all'estero, testimoniato dalle numerose inchieste giudiziarie.

Abbiamo sotto i nostri occhi la camaleontica forza di espansione delle organizzazioni criminali con cui le mafie dimostrano una forza enorme sul piano politico-economico, nazionale e sovranazionale.

Gli ingentissimi profitti ricavati dalle attività illecite sono reinvestiti nell'economia legale, dando luogo ad intrecci sempre più stretti tra criminalità mafiosa, corruzione, criminalità economica e le cosiddette aree grigie.

Le imprese controllate dalle organizzazioni criminali riciclano i capitali illecitamente conseguiti, realizzando nuovi profitti grazie anche al mancato rispetto delle norme su contratti di lavoro, imposte e contributi previdenziali ed ad altre forme di illegalità, in tal modo continuano ad operare sul mercato illegale, anche se si sono stabilmente affermate sul mercato legale.

Inoltre, le mafie forniscono "servizi" di diversa natura (protezione, contenimento dei conflitti sindacali, credito, assistenza per il riciclaggio dei proventi in nero e adozione di forme di contabilità opache) rivolgendosi in particolare a piccole imprese, caratterizzate da basso sviluppo tecnologico, lavoro non qualificato e basso livello di sindacalizzazione, che ricercano contatti con le cosche allo scopo di fare affari e ricavarne vantaggi (spesso solo momentanei).

Si realizza un sistema di scambi reciprocamente vantaggiosi: le aziende puntano ad incrementare i profitti, abbattere i costi, recuperare crediti o risolvere problemi di liquidità con l'iniezione di nuovo capitale. Le mafie diventano delle vere e proprie agenzie di servizi illegali per le imprese, pronte come sono a mettere a disposizione dell'economia all'occorrenza il proprio capitale di relazione con poteri, la riserva di violenza e non ultimo capitale di ricchezze illecitamente accumulate.

Le mafie, dunque, tentano con sempre maggiore insistenza di investire le ingenti risorse frutto dei traffici illeciti e criminali nell'economia legale.

Il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo rappresentano una grave minaccia per l'integrità dell'economia e del sistema finanziario dell'Unione europea nonché per la sicurezza dei suoi cittadini.

Noi abbiamo il dovere di mettere in campo ogni strumento possibile ad ostacolare ed annullare tale sistema criminale.

Uno strumento valido sarà l'AMLA, che avrà poteri di vigilanza e di indagine, nonché il potere di imporre sanzioni amministrative e penali nei confronti dei soggetti obbligati "selezionati", vale a dire enti creditizi e finanziari o gruppi di enti creditizi o finanziari. Un passo avanti decisamente significativo dei processi, delle verifiche e dei controlli in ambito europeo.

Concludo annunciando il voto favorevole di Insieme per il Futuro-Centro Democratico. Il nostro Gruppo ritiene importante e necessario che il Governo si attivi in tutte le sedi europee affinché la sede della l'AMLA sia istituita, come chiede la mozione, in Italia, anche alla luce del lavoro di contrasto svolto, del valore delle esperienze investigative maturate e dell'articolata normativa nazionale adottata, che negli anni ha visto costantemente il nostro Paese impegnato nella lotta al riciclaggio ed alle nuove mafie.

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA

VOTAZIONE		OGGETTO	RISULTATO						ESITO
Num.	Tipo		Pre	Vot	Ast	Fav	Cont	Magg	
<u>1</u>	Nom.	Mozioni sul Piano oncologico nazionale. ODG G1, Binetti e altri	190	189	002	187	000	094	APPR.
<u>2</u>	Nom.	Mozioni su candidatura italiana sede Autorità su riciclaggioe terrorismo. Mirabelli e altri	185	184	000	181	003	093	APPR.
<u>3</u>	Nom.	Mozioni su candidatura italiana sede Autorità su riciclaggioe terrorismo. Urso e altri	182	181	006	172	003	088	APPR.
<u>4</u>	Nom.	Mozioni su candidatura italiana sede Autorità su riciclaggioe terrorismo. Bernini e altri	181	180	002	176	002	090	APPR.
<u>5</u>	Nom.	Mozioni su candidatura italiana sede Autorità su riciclaggioe terrorismo. Candiani e altri	184	183	003	178	002	091	APPR.

- Le Votazioni annullate e quelle in cui è mancato il numero legale non sono riportate

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Abate Rosa Silvana					
Accoto Rossella	M	M	M	M	M
Agostinelli Donatella	F	F	F	F	F
Aimi Enrico	M	M	M	M	M
Airola Alberto	F	F	F	F	F
Alberti Casellati Maria Elisab					
Alderisi Francesca	M	M	M	M	M
Alessandrini Valeria	F	F	F	F	F
Alfieri Alessandro					
Anastasi Cristiano					
Angrisani Luisa	F	F	A		A
Arrigoni Paolo	F	F	F	F	F
Astorre Bruno	F	F	F	F	F
Auddino Giuseppe	M	M	M	M	M
Augussori Luigi	M	M	M	M	M
Bagnai Alberto	F	F	F	F	F
Balboni Alberto	F	F	F	F	F
Barachini Alberto	F	F	F	F	F
Barbaro Claudio					
Barboni Antonio	F	F	F	F	F
Battistoni Francesco	M	M	M	M	M

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Bellanova Teresa	M	M	M	M	M
Berardi Roberto					
Bergesio Giorgio Maria	F	F	F	F	F
Bernini Anna Maria					
Berutti Massimo Vittorio					
Biasotti Sandro Mario	F	F	F	F	F
Binetti Paola	F				
Bini Caterina	M	M	M	M	M
Biti Caterina	F	F	F	F	F
Boccardi Michele					
Boldrini Paola	F	F	F	F	F
Bongiorno Giulia	M	M	M	M	M
Bonifazi Francesco	F	F	F	F	F
Bonino Emma					
Borghesi Stefano	F	F	F	F	F
Borgonzoni Lucia	M	M	M	M	M
Bossi Simone	F	F	F	F	F
Bossi Umberto	M	M	M	M	M
Bottici Laura	F	F	F	F	F
Botto Elena		F	C	F	F
Bressa Gianclaudio	F	F	F	F	F
Briziarelli Luca					
Bruzzo Francesco	F	F	F	F	F
Buccarella Maurizio	F	F	F	F	F
Calandrini Nicola	F	F	F	F	F
Calderoli Roberto	M	M	M	M	M
Caliendo Giacomo	F	F	F	F	F
Caligiuri Fulvia Michela	F	F	F	F	F
Campagna Antonella	M	M	M	M	M
Campari Maurizio	F	F	F	F	F
Candiani Stefano	F	F		F	F
Candura Massimo	F	F	F	F	F
Cangini Andrea	M	M	M	M	M
Cantù Maria Cristina	F	F	F	F	F
Carbone Vincenzo					
Casini Pier Ferdinando	F	F	F	F	F
Casolati Marzia	F	F	F	F	F

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Castaldi Gianluca	F	F	F	F	F
Castellone Maria Domenica	F	F	F	F	F
Castiello Francesco	M	F	F	F	F
Catalfo Nunzia	M	M	M	M	M
Cattaneo Elena	M	M	M	M	M
Causin Andrea	M	M	M	M	M
Centinaio Gian Marco	M	M	M	M	M
Cerno Tommaso	F				
Cesaro Luigi	F	F	F	F	F
Ciampolillo Alfonso					
Cioffi Andrea	M	M	M	M	M
Ciriani Luca	M	M	M	M	M
Cirinnà Monica	F	F	F	F	F
Collina Stefano	F	F	F	F	F
Coltorti Mauro	F	F	F	F	F
Comincini Eugenio Alberto	F	F	F	F	F
Conzatti Donatella	F	F	F	F	F
Corbetta Gianmarco	M	M	M	M	M
Corrado Margherita	F	F	A	A	A
Corti Stefano	F	F	F	F	F
Craxi Stefania Gabriella A.	M	M	M	M	M
Crimi Vito Claudio	F	F	F	F	F
Croatti Marco	F	F	F	F	F
Crucioli Mattia	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Cucca Giuseppe Luigi Salvatore	F	F	F	F	F
Dal Mas Franco	F	F	F		
D'Alfonso Luciano	F	F		F	F
Damiani Dario	F	F	F	F	F
D'Angelo Grazia	F				
D'Arienzo Vincenzo	F	F	F	F	F
De Angelis Fausto	F				
De Bertoldi Andrea	F	F	F		
De Bonis Saverio	F	F	F	F	F
De Carlo Luca	F	F	F	F	F
De Falco Gregorio					
De Lucia Danila	F	F	F	F	F
De Petris Loredana	F	F	F	F	F

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
De Poli Antonio	F	F	F	F	F
De Siano Domenico	F	F	F	F	F
De Vecchis William	A	C	C	C	C
Dell'Olio Gianmauro	F	F	F	F	F
Dessì Emanuele					
Di Girolamo Gabriella	M	M	M	M	M
Di Marzio Luigi	M	M	M	M	M
Di Micco Fabio	M	M	M	M	M
Di Nicola Primo	M	M	M	M	M
Di Piazza Stanislao	M	M	M	M	M
Donno Daniela	F	F	F	F	F
Doria Carlo	F	F	F	F	F
Drago Tiziana Carmela Rosaria					
Durnwalder Meinhard	F	F	F	F	F
Endrizzi Giovanni	F				
Errani Vasco	F	F	F	F	F
Evangelista Elvira Lucia		F	F	F	F
Faggi Antonella	M	M	M	M	M
Fantetti Raffaele	F	F	F	F	F
Faraone Davide	F				
Fattori Elena	F	F	F	F	F
Fazzolari Giovanbattista					
Fazzone Claudio	M	M	M	M	M
Fede Giorgio	M	M	M	M	M
Fedeli Valeria	F	F	F	F	F
Fenu Emiliano	M	M	M	M	M
Ferrara Gianluca	M	M	M	M	M
Ferrari Alan	F	F	F	F	F
Ferrazzi Andrea	F	F	F	F	F
Ferrero Roberta	F	F	F	F	F
Ferro Giuseppe Massimo	F	F	F	F	F
Floridia Barbara	M	M	M	M	M
Floris Emilio	F	F	F	F	F
Fregolent Sonia	F	F	F	F	F
Fusco Umberto	F	F	F	F	F
Galliani Adriano	M	M	M	M	M
Gallicchio Agnese	F	F	F	F	F

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Gallone Maria Alessandra	F	F	F	F	F
Garavini Laura	F	F	F	F	F
Garnero Santanchè Daniela	F	F	F	F	F
Garruti Vincenzo	M	M	M	M	M
Gasparri Maurizio	F				
Gaudio Felicia	F	F	F	F	F
Ghedini Niccolò	M	M	M	M	M
Giacobbe Francesco	F	F	F	F	F
Giammanco Gabriella	F	F	F	F	F
Giannuzzi Silvana	F	F	F	F	F
Giarrusso Mario Michele					
Ginetti Nadia	M	M	M	M	M
Giro Francesco Maria					
Giroto Gianni Pietro					
Granato Bianca Laura					
Grassi Ugo					
Grasso Pietro	F	F	F	F	F
Grimani Leonardo	F	F			
Guidolin Barbara	M	M	M	M	M
Iannone Antonio	F	F	F	F	F
Iori Vanna	F	F	F	F	F
Iwobi Tony Chike	F	F	F	F	F
La Mura Virginia					
La Pietra Patrizio Giacomo	F	F	F	F	F
La Russa Ignazio Benito Maria	P	P	P	P	P
L'Abbate Pasqua	M	M	M	M	M
Laforgia Francesco	F	F	F	F	F
Laniece Albert	F	F	F	F	F
Lannutti Elio	F	F	A	F	F
Lanzi Gabriele	F	F	F	F	F
Laus Mauro Antonio Donato	F	F	F	F	F
Leone Cinzia	F	F	F	F	F
Lezzi Barbara	F	F	A	F	F
Licheri Ettore Antonio	M	M	M	M	M
Lomuti Arnaldo	F	F	F	F	F
Lonardo Alessandrina	F	F	F	F	F
Lorefice Pietro	F	F	F	F	F

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Lucidi Stefano	F	F	F	F	F
Lunesu Michelina	F	F	F	F	F
Lupo Giulia	M	M	M	M	M
Maffoni Gianpietro	M	M	M	M	M
Magorno Ernesto	M	M	M	M	M
Maiorino Alessandra	M	M	M	M	M
Malan Lucio	F	F	F	F	F
Mallegni Massimo	M	M	M	M	M
Malpezzi Simona Flavia	F	F	F	F	F
Manca Daniele	F	F	F	F	F
Mangialavori Giuseppe T. V.					
Mantero Matteo					
Mantovani Maria Laura	F	F	F	F	F
Marcucci Andrea	F	F	F	F	F
Margiotta Salvatore	F	F	F	F	F
Marilotti Giovanni	F	F	F	F	F
Marin Raffaella Fiormaria	F	F	F	F	F
Marinello Gaspare Antonio	F	F	F	F	F
Marino Mauro Maria	M	M	M	M	M
Martelli Carlo	A	C	C	C	C
Marti Roberto	F	F	F	F	F
Masini Barbara	F	F	F	F	F
Matrisciano Mariassunta					
Mautone Raffaele	F	F	F	F	F
Merlo Ricardo Antonio	M	M	M	M	M
Messina Alfredo	M	M	M	M	M
Messina Assunta Carmela	F	F	F	F	F
Mininno Cataldo	F	F	F	F	F
Mirabelli Franco	F	F	F	F	F
Misiani Antonio	F	F	F	F	F
Modena Fiammetta	F	F	F	F	F
Moles Rocco Giuseppe	M	M	M	M	M
Mollame Francesco	M	M	M	M	M
Montani Enrico	F	F	F	F	F
Montevecchi Michela	M	M	M	M	M
Monti Mario	M	M	M	M	M
Moronese Vilma	F	F	A	A	A

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Morra Nicola					
Nannicini Tommaso					
Napolitano Giorgio	M	M	M	M	M
Nastri Gaetano	F	F	F	F	F
Naturale Gisella	M	M	M	M	M
Nencini Riccardo	F	F	F	F	F
Nisini Tiziana	M	M	M	M	M
Nocerino Simona Nunzia	M	M	M	M	M
Nugnes Paola	M	M	M	M	M
Ortis Fabrizio	M	M	M	M	M
Ostellari Andrea	F				
Pacifico Marinella	M	M	M	M	M
Pagano Nazario	F	F	F	F	F
Papatheu Urania Giulia R.	M	M	M	M	M
Paragone Gianluigi					
Parente Annamaria	F	F	F	F	F
Paroli Adriano	F	F	F	F	F
Parrini Dario	F	F	F	F	F
Patuanelli Stefano	M	M	M	M	M
Pavanelli Emma	F			F	F
Pazzaglini Giuliano	M	M	M	M	M
Pellegrini Emanuele	F	F	F	F	F
Pellegrini Marco	M	M	M	M	M
Pepe Pasquale	F	F	F	F	F
Pergreffi Simona	F	F	F	F	F
Perilli Gianluca					
Perosino Marco	F	F	F	F	F
Pesco Daniele	F	F	F	F	F
Petrenza Giovanna	F	F	F	F	F
Petrocelli Vito Rosario	F	F	A	F	F
Pianasso Cesare	F	F	F	F	F
Piano Renzo					
Piarulli Angela Anna Bruna	F	F	F	F	F
Pichetto Fratin Gilberto	M	M	M	M	M
Pillon Simone	F				
Pinotti Roberta	F	F	F	F	F
Pirovano Daisy	F	F	F	F	F

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Pirro Elisa	M	M	M	M	M
Pisani Giuseppe	M	M	M	M	M
Pisani Pietro	M	M	M	M	M
Pittella Giovanni Saverio					
Pittoni Mario	F	F	F	F	F
Pizzol Nadia	F	F	F	F	F
Porta Fabio	F	F	F	F	F
Presutto Vincenzo	F	F	F	F	F
Pucciarelli Stefania	M	M	M	M	M
Puglia Sergio	F	F	F	F	F
Quagliariello Gaetano	F	F	F	F	F
Quarto Ruggiero	F	F	F	F	F
Rampi Roberto	F	F	F	F	F
Rauti Isabella	F	F	F	F	F
Renzi Matteo	M	M	M	M	M
Riccardi Alessandra	F	F	F	F	F
Ricciardi Sabrina	M	M	M	M	M
Richetti Matteo	F	F		F	F
Ripamonti Paolo	F	F	F	F	F
Rivolta Erica	F	F	F	F	F
Rizzotti Maria	M	M	M	M	M
Rojc Tatjana	F	F	F	F	F
Romagnoli Sergio	M	M	M	M	M
Romani Paolo					
Romano Iunio Valerio	F	F	F	F	F
Romeo Massimiliano	F		F	F	F
Ronzulli Licia	M	M	M	M	M
Rossi Mariarosaria		C	F	F	F
Rossomando Anna		F	F	F	F
Rubbia Carlo					
Rufa Gianfranco	F	F	F	F	F
Ruotolo Alessandro		F	F	F	F
Ruspanini Massimo	F	F	F	F	F
Russo Loredana	F	F	F	F	F
Saccone Antonio	M	M	M	M	M
Salvini Matteo	F	F	F	F	F
Santangelo Vincenzo	F	F	F	F	F

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante (N)=Presente non Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Santillo Agostino	F	F	F	F	F
Saponara Maria	F	F	F	F	F
Sbrana Rosellina					
Sbrollini Daniela	F	F	F	F	F
Schifani Renato					
Sciascia Salvatore	M	M	M	M	M
Segre Liliana	M	M	M	M	M
Serafini Giancarlo	F	F	F	F	F
Siclari Marco	M	M	M	M	M
Sileri Pierpaolo	M	M	M	M	M
Siri Armando	F	F	F	F	F
Stabile Laura	F	F	F	F	F
Stefani Erika	M	M	M	M	M
Stefano Dario	F	F	F	F	F
Steger Dieter	F	F	F	F	F
Sudano Valeria Carmela Maria					
Taricco Giacomino	F	F	F	F	F
Taverna Paola	M	M	M	M	M
Testor Elena					
Tiraboschi Maria Virginia	F	F	F	F	F
Toffanin Roberta	F	F	F	F	F
Toninelli Danilo	F	F	F	F	F
Tosato Paolo	F	F	F	F	F
Totaro Achille	F	F	F	F	F
Trentacoste Fabrizio	F	F	F		F
Turco Mario	M	M	M	M	M
Unterberger Juliane	F	F	F	F	F
Urraro Francesco	F	F	F	F	F
Urso Adolfo	F	F	F	F	F
Vaccaro Sergio	F	F	F	F	F
Valente Valeria					
Vallardi Gianpaolo	F	F	F	F	F
Vanin Orietta	F	F	F		F
Vattuone Vito	M	M	M	M	M
Verducci Francesco	F	F	F	F	F
Vescovi Manuel	F	F	F	F	F
Vitali Luigi	M	M	M	M	M

(F)=Favorevole	(C)=Contrario	(A)=Astenuto	(V)=Votante	(s)=Subentrante	(N)=Presente non Votante	(M)=Cong/Gov/Miss	(P)=Presidente	(R)=Richiedente la votazione e non votante		
Nominativo						1	2	3	4	5
Vono Gelsomina						M	M	M	M	M
Zaffini Francesco						M	M	M	M	M
Zanda Luigi Enrico						F	F	F	F	F
Zuliani Cristiano						F	F	F	F	F

Congedi e missioni

Sono in congedo i senatori: Accoto, Alderisi, Auddino, Barachini, Battistoni, Bellanova, Bini, Bongiorno, Borgonzoni, Bossi Umberto, Campagna, Cattaneo, Causin, Centinaio, Cerno, Ciriani, Corbetta, De Poli, Di Marzio, Di Piazza, Florida, Galliani, Garruti, Ghedini, Ginetti, Licheri, Maffoni, Maiorino, Mallegni, Marino, Merlo, Messina Alfredo, Messina Assunta Carmela, Moles, Monti, Napolitano, Nastri, Nisini, Nocerino, Pacifico, Papatheu, Pazzaglini, Pichetto Fratin, Pisani Giuseppe, Pisani Pietro, Pucciarelli, Renzi, Rizzotti, Ronzulli, Sciascia, Segre, Siclari, Sileri, Turco, Vaccaro, Vitali e Zaffini.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Binetti e Vono, per attività del Senato;

Aimi, Craxi e Di Micco, per attività della 3ª Commissione permanente; Arrigoni, Castiello, Fazzone, Magorno e Urso, per attività del Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica; Cangini e Ortis, per attività dell'Assemblea parlamentare della NATO; Augussori, Ferrara, Mollame, Taverna e Vattuone, per attività dell'Assemblea parlamentare dell'OSCE.

Sono considerati in missione, ai sensi dell'art. 108, comma 2, primo periodo, del Regolamento, i senatori: Calderoli, Catalfo, Cioffi, Di Girolamo, Di Nicola, Faggi, Fede, Fenu, Guidolin, L'Abbate, Lupo, Montevecchi, Naturale, Nugnes, Pellegrini Marco, Pirro, Ricciardi, Romagnoli e Saccone.

Commissioni permanenti, variazioni nella composizione

Il Presidente del Gruppo parlamentare Insieme per il futuro - Centro Democratico ha proceduto alla designazione del rappresentante del Gruppo nella seguente Commissione permanente:

11ª Commissione permanente: senatore Primo Di Nicola.

Disegni di legge, annuncio di presentazione

Senatrice Montevecchi Michela

Misure a tutela e salvaguardia della produzione artistica e culturale italiana di danza, di balletto e dei Corpi di ballo (2661)
(presentato in data 30/06/2022);

senatori Romano Iunio Valerio, Matrisciano Susy, De Lucia Danila
Introduzione dell'insegnamento del diritto del lavoro e della sicurezza nei luoghi di lavoro nelle scuole secondarie di primo e secondo grado (2662)
(presentato in data 30/06/2022);

senatore Romano Iunio Valerio

Disposizioni in materia di omesso versamento di ritenute previdenziali ed assistenziali (2663)

(presentato in data 30/06/2022);

senatori Romano Iunio Valerio, Catalfo Nunzia, Matrisciano Susy

Tutela della gravidanza delle donne che operano nel mondo delle professioni (2664)

(presentato in data 04/07/2022);

senatori De Falco Gregorio, Fattori Elena, La Mura Virginia, Nugnes Paola
Istituzione delle Assemblee dei cittadini per il coinvolgimento diretto nella deliberazione su temi di interesse pubblico generale e dell'Assemblea dei cittadini sulla crisi climatica (2665)

(presentato in data 05/07/2022);

Regione Toscana

Ampliamento delle destinazioni di uso degli immobili confiscati alle associazioni di criminalità organizzata. Modifiche al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136) (2666)

(presentato in data 06/07/2022).

Governmento, trasmissione di atti e documenti

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 4 luglio 2022, ha inviato, ai sensi dell'articolo 19 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni, la comunicazione concernente il conferimento di incarico di funzione dirigenziale di livello generale al dottor Giulio Manieri Elia, dirigente di seconda fascia, nell'ambito del Ministero della cultura.

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera pervenuta in data 1° luglio 2022, ha inviato, ai sensi dell'articolo 3-bis del decreto-legge 15 marzo 2012, n. 21, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 maggio 2012, n. 56, la relazione concernente l'attività svolta sulla base dei poteri speciali sugli assetti societari nei settori della difesa e della sicurezza nazionale, nonché per le attività di rilevanza strategica nei settori dell'energia, dei trasporti e delle comunicazioni, relativa all'anno 2021.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 1ª, alla 2ª, alla 3ª, alla 4ª, alla 5ª, alla 6ª, alla 8ª, alla 10ª e alla 14ª Commissione permanente (*Doc. LXV*, n. 4).

Il Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, con lettera in data 29 giugno 2022, ha inviato, ai sensi dell'articolo 21, comma 6, lettera *q*), del decreto legislativo 4 giugno 2003, n. 128, la relazione sulle attività e i risultati degli investimenti nel settore spaziale e aerospaziale, riferita all'anno 2021.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 10ª Commissione permanente (*Doc. CCLV*, n. 4).

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS), trasmissione di documenti. Deferimento

Il Presidente dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, con lettera in data 28 giugno 2022, ha inviato, ai sensi dell'articolo 13, comma 5, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, la relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2021, con aggiornamenti al mese di giugno 2022.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 6ª e alla 10ª Commissione permanente (*Doc. CXC VII*, n. 5).

Interrogazioni, apposizione di nuove firme

I senatori Giacobbe, D'Alfonso, D'Arienzo, Boldrini, Rojc, Laus, Stefano, Fedeli e Pittella hanno aggiunto la propria firma all'interrogazione 4-07224 del senatore Porta.

Interrogazioni

MALAN, CIRIANI - *Al Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili*. - Premesso che:

dal quotidiano "La Verità" del 20, 21 e 22 aprile 2022 si apprende che, per iniziativa del dirigente della Direzione generale di vigilanza sulle concessioni autostradali del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili, dottor Morisco, ai titolari di concessioni autostradali è stato assicurato che riceveranno, attraverso un ulteriore incremento dei pedaggi, il ristoro integrale della differenza tra gli incassi netti registrati a partire dal marzo 2020 rispetto ai corrispondenti mesi del 2019, l'anno più ricco di sempre in questo settore;

solo per Autostrade per l'Italia (ASPI) l'importo è già quantificato in 542 milioni di euro per i soli mesi marzo-giugno 2020; i bilanci della società per il 2020 e il 2021 evidenziano minori ricavi per 816 e 232 milioni; il ristoro

per quel biennio raggiungerà dunque il miliardo di euro, che graverà sui pedaggi, aumentando i costi delle attività economiche che usufruiscono della rete di ASPI, con conseguente aumento dei prezzi dei servizi e dei prodotti offerti, nonché delle merci trasportate, in aggiunta agli incrementi dei costi dovuti al rincaro dei carburanti; lo stesso criterio andrà applicato alle altre concessioni autostradali con analoghe conseguenze;

tale ristoro integrale rappresenta, a parere degli interroganti, una macroscopica disparità di trattamento rispetto agli altri settori, atteso che ASPI ha subito una riduzione degli incassi rispetto al 2019 pari al 26,2 per cento nel 2020 e al 7,4 per cento nel 2021, ben sotto la soglia minima del 33 per cento prevista dal decreto "ristori" e misure connesse, dove si è posto altresì un tetto pari al 20 per cento del minore fatturato, e un limite di 150.000 euro all'importo da ristorare, come si legge con chiarezza nel sito del Ministero dell'economia e delle finanze; in breve, con le regole stabilite dalla legge, ad ASPI non spetterebbe alcun ristoro;

ad ASPI, in contrasto con le norme generali, il dirigente del Ministero competente ha dunque già garantito una sorta di immunità rispetto all'andamento dell'economia reale, che nel 2020 ha visto scendere del 9 per cento il PIL; lo stesso regime, secondo le indicazioni del dirigente, andrà applicato a tutti i concessionari autostradali, benché, a differenza di molte attività che i provvedimenti del Governo hanno chiuso per mesi, abbiano continuato ad operare, fruendo anche di eccezioni per le loro aree di servizio rispetto alla chiusura di bar e ristoranti;

il meccanismo indicato, peraltro, costituisce anche un'immunizzazione (a spese degli utenti, diretti e indiretti, delle autostrade) dagli effetti del rincaro dei carburanti, che inevitabilmente ridurrà il traffico; anche in questo caso la disparità con gli altri soggetti economici della nazione è stridente e ingiustificata,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo approvi l'iniziativa del dirigente ministeriale o, in caso contrario, quali provvedimenti urgenti intenda prendere per evitare un pesante aggravio di costi sugli utenti diretti e indiretti delle autostrade;

come giustifichi il ristoro integrale dei minori incassi ai concessionari autostradali, senza la soglia minima del 33 per cento del calo del fatturato, senza il tetto del 10 per cento per le aziende che superano i 5 milioni di euro di fatturato, senza limiti al contributo, che per la sola ASPI, per i soli primi quattro mesi ammonta a 542 milioni, condizioni che la legge applica a tutti gli altri soggetti, i quali vengono costretti a finanziare direttamente tali ristori.

(3-03454)

MONTEVECCHI Michela, DE LUCIA Danila, AIROLA, VANIN Orietta - *Al Ministro della cultura.* - Premesso che:

nella giornata del 4 luglio 2022 si è svolta davanti alla sede del Ministero della cultura e in diverse piazze italiane una manifestazione per protestare contro la situazione di sottodimensionamento cronico in cui versa il Dicastero a causa di una grave carenza di organico (secondo le ultime stime si parla di 10.567 dipendenti a fronte di una dotazione teorica di circa 19.000 unità);

la maggior parte dei luoghi della cultura italiani soffre la medesima carenza di organico, come comprova anche la lettera aperta indirizzata al ministro Franceschini dal Museo archeologico e d'arte della Maremma di Grosseto, dalla Direzione parchi archeologici di Vetulonia, Roselle e Cosa e dal Comune di Grosseto;

in tale lettera si denuncia, ancora una volta, il problema della cronica mancanza di personale e del bisogno di intervenire celermente sul tema delle assunzioni, pena la chiusura obbligatoria;

su tutto il territorio è ormai diffusa l'esternalizzazione dei rapporti di lavoro e l'utilizzo di contratti di servizi, detti "fiduciari", che hanno come risultato il riconoscimento di retribuzioni sempre più al ribasso;

al contempo si assiste ad un crescente utilizzo surrettizio del volontariato per colmare le lacune di organico;

dai *media* si apprende che queste prassi sarebbero già in essere in importanti istituzioni museali come, ad esempio, il Maxxi e palazzo Barberini a Roma, i Musei civici e il palazzo Reale di Milano; il Museo egizio e il Museo del cinema di Torino; il Museo degli innocenti a Firenze ma anche i Musei civici di Trieste, che sono in agitazione dallo scorso aprile;

è in fase di approvazione definitiva la legge delega in materia di spettacolo che ha tra i suoi scopi quello di definire un sistema di *welfare* adeguato alle figure professionali di questo settore, tenendo conto delle loro peculiarità; valutato che:

l'articolo 9 della nostra Carta costituzionale richiede l'impegno, presente e futuro, da parte di tutte le istituzioni della Repubblica per la tutela del patrimonio culturale, anche al fine di consentirne la fruibilità da parte dei cittadini;

un altro principio fondamentale, quello relativo al lavoro, di cui all'articolo 4 della Costituzione, poi rinnovato nelle previsioni di cui agli articoli 36 e 37, riconosce il diritto ad una retribuzione proporzionata alla qualità e quantità del lavoro svolto e a condizioni di lavoro in sicurezza;

considerato che:

si rende dunque urgente un intervento del Ministro in indirizzo;

sulla scorta della citata legge delega sarebbe coerente adeguare, ove necessario, anche il sistema di *welfare* dei lavoratori della cultura,

si chiede di sapere:

quali misure concrete il Ministro in indirizzo intenda adottare sul piano organizzativo, occupazionale e degli investimenti, al fine di dotare gli uffici centrali e periferici della giusta dotazione organica;

quali iniziative, anche a carattere normativo, intenda promuovere per far cessare le distorsioni causate da un abuso del volontariato e delle esternalizzazioni che stanno comportando una corsa al ribasso dei salari e delle tutele.

(3-03455)

PRESUTTO, DI NICOLA - *Al Ministro dello sviluppo economico.* -
Premesso che:

RAI Way è la società per azioni del gruppo RAI operante nel settore delle infrastrutture dei servizi di rete per *broadcaster*, operatori di telecomunicazioni, aziende private e pubbliche amministrazioni, e possiede la rete di diffusione del segnale radiotelevisivo RAI con il compito di gestirla e mantenerla;

l'azionariato di RAI Way S.p.A. è composto per il 64,97 per cento da azioni detenute da RAI S.p.A.;

il decreto-legge n. 66 del 2014, recante "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale", all'articolo 21, comma 3, stabiliva che "ai fini dell'efficientamento, della razionalizzazione e del riassetto industriale nell'ambito delle partecipazioni detenute dalla RAI S.p.A., la Società può procedere alla cessione sul mercato, secondo modalità trasparenti e non discriminatorie, di quote di Rai Way, garantendo la continuità del servizio erogato";

lo scorso 19 marzo 2022 veniva pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 febbraio 2022 recante "Disciplina di riduzione della partecipazione di RAI S.p.a. nella società RAI Way S.p.a.",

esso dispone, tra le premesse (che ne costituiscono parte integrante e sostanziale), che il Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con il Ministro dello sviluppo economico, ha "ritenuto opportuno favorire i predetti piani di sviluppo di RAI S.p.a. e RAI Way S.p.a. attraverso un'ulteriore apertura al mercato di quest'ultima, da perseguire in particolare attraverso operazioni a contenuto industriale, conseguentemente consentendo a RAI S.p.a. di diminuire la propria partecipazione nel capitale di RAI Way S.p.a. nel quadro del mantenimento del controllo su un'infrastruttura strategica";

il provvedimento ha suscitato reazioni sia da parte dei sindacati, che hanno espresso perplessità in ordine alle numerose incertezze di un'operazione che è parsa quantomeno affrettata e che rischia di privare la RAI di un *asset* strategico del servizio pubblico, sia tra le diverse forze politiche e in seno alla Commissione per l'indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi;

in particolare, l'operazione ha integrato quella che è parsa sin da subito come un'inaccettabile scortesia istituzionale, nella misura in cui le istituzioni parlamentari competenti e vigilanti non sono state coinvolte se non nella fase immediatamente successiva alla decisione, senza avere di fatto l'opportunità di esprimere un reale indirizzo,

si chiede di sapere quale sia lo stato di avanzamento del processo di riduzione della partecipazione di RAI S.p.A. nella società RAI Way S.p.A. e quali garanzie il Ministro in indirizzo ritenga di poter fornire in ordine alla salvaguardia e degli *asset* strategici connessi al controllo delle infrastrutture di rete del servizio pubblico radiotelevisivo.

(3-03456)

BERNINI Anna Maria, VONO Gelsomina, GALLONE Maria Alessandra, GALLIANI, GIAMMANCO Gabriella, MALLEGGNI, MANGIALAVORI, RIZZOTTI Maria, RONZULLI Licia, AIMI, ALDERISI Francesca, BARACHINI, BARBONI, BERARDI, BINETTI Paola, BOCCARDI, CA-

LIENDO, CALIGIURI Fulvia Michela, CANGINI, CESARO, CRAXI Stefania Gabriella Anastasia, DAL MAS, DAMIANI, DE BONIS, DE POLI, DE SIANO, FAZZONE, FERRO, FLORIS, GASPARRI, GHEDINI, GIRO, MESSINA Alfredo, MODENA Fiammetta, PAGANO, PAPTATHEU Urania Giulia Rosina, PAROLI, PEROSINO, SACCONI, SCHIFANI, SCIASCIA, SERAFINI, SICLARI, STABILE Laura, TIRABOSCHI Maria Virginia, TOFFANIN Roberta, VITALI - *Al Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili*. - Premesso che:

il Consiglio dei ministri ha deliberato la dichiarazione dello stato di emergenza, fino al 31 dicembre 2022, in relazione alla situazione di *deficit* idrico in atto nei territori delle regioni e delle province autonome ricadenti nei bacini distrettuali del Po e delle Alpi orientali e precisamente delle regioni Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte e Veneto;

lo stato di emergenza è volto a fronteggiare con mezzi e poteri straordinari la situazione in atto, con interventi di soccorso e assistenza alla popolazione interessata e al ripristino della funzionalità dei servizi pubblici e delle infrastrutture di reti strategiche, stanziando 36,5 milioni di euro;

oltre a quelle del Nord, molte altre regioni, anche del Centro-Sud, stanno subendo ingenti danni conseguenti alla mancanza di acqua dovuta al lungo periodo di siccità;

il decreto-legge n. 68 del 2022 (detto decreto infrastrutture) all'esame dell'8a Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni) del Senato, all'articolo 2 prevede interventi per semplificare le procedure per l'approvazione dei progetti, per la costruzione, le attività di controllo e la manutenzione delle grandi dighe;

il Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili prevede interventi per oltre 12,3 miliardi di euro di investimenti sulle infrastrutture idriche con risorse a disposizione per 4,6 miliardi che utilizzano anche i fondi del PNRR, del PON infrastrutture e del FSC, e altri 718 milioni del piano nazionale infrastrutture e per la sicurezza nel settore idrico, mancherebbero quindi circa 7 miliardi di euro per completare i piani, i programmi operativi e gli interventi nelle infrastrutture idriche previste dall'allegato infrastrutture al Documento di economia e finanza;

il potenziamento delle infrastrutture idriche aiuterebbe a mitigare gli impatti negativi della carenza di acqua in agricoltura, con benefici per il settore e per i settori collegati, ma anche per i consumatori finali dei prodotti agricoli;

come noto è necessario effettuare un piano completo di interventi, superando i limiti alla capacità di spesa dei fondi da parte degli enti attuatori, tra cui: il dragaggio dei laghi e sbarramenti fluviali idroelettrici che risultano interrati; la trasformazione delle cave dismesse in bacini di accumulo; le trasformazioni dei sistemi irrigazione da scorrimento a pluvirrigazione e goccia; la riduzione delle perdite d'alveo sulle principali rogge derivatorie e il contrasto del cuneo salino del bacino del Po,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non intenda sostenere: a) la definizione di un piano completo di interventi urgenti e di modifiche normative per rendere fruibili il più velocemente possibile le infrastrutture già progettate sul modello della legge obiettivo del Governo Berlusconi; b) la

richiesta alla Commissione UE di una modifica della normativa del Next generation EU, per consentire il finanziamento con il PNRR di tutte le infrastrutture idriche necessarie a risolvere in modo strutturale le criticità della rete italiana, colmando il divario di risorse finanziarie descritto; c) la costruzione di 200 nuovi invasi su tutto il territorio nazionale, recependo le proposte progettuali in possesso dei consorzi di bonifica italiani e oggetto del "piano laghetti" predisposto dall'Associazione nazionale consorzi di gestione e tutela del territorio e acque irrigue (posto che il 40 per cento delle opere da realizzare ha già una progettazione definitiva pronta); d) la definizione di un contratto istituzionale di sviluppo sul tema della risorsa idrica, che coinvolga i territori interessati al fine di accelerare le procedure e avere subito fondi a disposizione, anche per le progettazioni esecutive. Attraverso questo meccanismo, già predisposto dal Dipartimento per le politiche di coesione, la struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri guidata dal ministro Mara Carfagna, si potrebbe disporre immediatamente di oltre un miliardo di euro con procedure analoghe a quelle del PNRR.

(3-03457)

ALESSANDRINI Valeria, PITTONI, LUNESU Michelina, SAPO-NARA Maria - *Al Ministro della cultura*. - Premesso che:

durante il *lockdown*, con teatri e cinema chiusi, e senza poter partecipare a concerti o spettacoli, con il decreto "rilancio" il Ministero della cultura ha deciso di istituire una piattaforma digitale che permettesse a tutti gli artisti italiani, dal piccolo museo al produttore indipendente, di distribuire contenuti in *streaming* a pagamento, così è nata la piattaforma "ITsART", ribattezzata come la "Netflix della cultura italiana";

dopo il primo anno di attività della piattaforma, il bilancio del 2021 della società controllata da Cassa depositi e prestiti per il 51 per cento, e dalla piattaforma *streaming* privata Chili per il 49 per cento, ha manifestato una perdita di quasi 7,5 milioni di euro, di fatto dimezzando la sua liquidità, visto che l'impresa era decollata con circa 15 milioni di euro effettivi: circa 6,5 milioni di euro versati da CDP, 10 milioni di euro dal Ministero in base all'articolo 183, comma 10, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (decreto rilancio), e altri 6 milioni da Chili, società che, prima del 2020, aveva registrato 8 bilanci consecutivi in rosso, mediante la messa a disposizione della propria piattaforma digitale;

dal bilancio emerge dunque che i costi di produzione di ITsART ammontano a 7,7 milioni di euro, e sono stati impiegati per i servizi (5 milioni), per i beni (un milione) e per il personale (900.000 euro), mentre i ricavi sono stati pari a 245.000 euro in otto mesi di attività, così divisi: 140.000 euro "diretti al consumatore per la distribuzione dei contenuti audiovisivi in *streaming*" e 105.000 euro "verso controparti business in modalità di "barter transaction". I primi sono dunque i soldi effettivamente spesi dagli utenti sul "palcoscenico della cultura italiana", i secondi sono operazioni di "cambio merce" con altre aziende;

in base alla nota allegata al bilancio, che riporta i dati sugli utenti registrati e sui ricavi che questi utenti generano per la piattaforma, si nota che

nel suo primo anno di vita ITsART con i suoi 1.400 titoli contenuti nella *library* ha interessato un numero troppo esiguo di utenti registrati (solo 141.000), un numero ancora minore ha, una volta entrato nella piattaforma, speso qualcosa. Considerando che gli utenti sono stimati in 200.000 in Italia e in altri Paesi la spesa media di ogni utente è pari a 70 centesimi in tutto lo scorso anno;

gli analisti del settore avanzano ipotesi sul fallimento economico di questa operazione quali: una *library* di contenuti non interessante, un *pricing* errato (la propensione alla spesa degli utenti è del tutto focalizzata sui grandi *player* che a cifre mensili spesso paragonabili a quelle di un paio di contenuti di ITsART, danno accesso all'intero catalogo di pluripremiate serie televisive, *film*, *cartoon* e documentari, senza contare che molti contenuti che su ITsART si pagano sono disponibili *gratis* su RaiPlay), procedure di registrazione e profilazione troppo macchinose, una concorrenza fin troppo agguerrita, per cui sarebbe stata necessaria una comunicazione molto più massiccia, ma per investire in pubblicità e *marketing* servono risorse che non ci sono, o sono ridotte al minimo,

si chiede di sapere, dopo il cambio del terzo amministratore delegato in meno di un anno, quale sia la strategia industriale di ITsART, chi dovrà continuare a finanziare questa piattaforma per veicolare materiale prodotto e realizzato dalle grandi istituzioni culturali italiane, o se non sia piuttosto il caso di fermare questa operazione che si è dimostrata economicamente insostenibile per tutta la serie di ragioni sopra esposte, a maggior ragione alla luce della congiuntura economica eccezionalmente negativa, tale da non giustificare un tale dispendio di risorse dei contribuenti italiani.

(3-03458)

FARAONE, GARAVINI Laura - *Al Ministro dello sviluppo economico*. - Premesso che:

le forniture di gas all'Europa sono sempre più a rischio. Alla progressiva riduzione dei flussi dalla Russia, si aggiungono i problemi negli altri Paesi fornitori;

la capacità del gasdotto Nord Stream ora è ridotta del 60 per cento, ma si sa già che tra l'11 e il 21 luglio 2022 si arriverà a un fermo totale per le manutenzioni ordinarie che ogni anno vengono effettuate nel periodo estivo;

dopo il rallentamento delle importazioni di GNL dagli USA in seguito all'incendio del terminale di Freeport, in Norvegia è iniziato uno sciopero che ha portato, da martedì 5 luglio, alla chiusura di tre giacimenti, e se non si troverà al più presto una soluzione alla vertenza i flussi rischiano di ridursi del 56 per cento entro sabato: una perdita di 178 milioni di metri cubi al giorno, pari a oltre un decimo del fabbisogno nel vecchio continente;

il *caos* politico in Libia crea ulteriori difficoltà per il settore idrocarburi e l'Algeria, oggi primo fornitore dell'Italia e nostra maggiore speranza per sostituire il gas russo, ha iniziato a ridiscutere i contratti coi clienti per spuntare maggiori profitti;

il gas, nella sola giornata di lunedì è rincarato di oltre il 10 per cento, varcando la soglia di 160 euro per megawattora, con punte vicine a 165 euro. A seguito dello sciopero in Norvegia, il mercato ha reagito con un ulteriore

strappo al rialzo dei prezzi: al TTF il combustibile ha superato quota 175 euro per megawattora, un *record* da quattro mesi, prima di attestarsi a 163 euro; considerato che:

un'altra emergenza che il nostro Paese sta affrontando è quella dei rincari dei prezzi dei carburanti. Secondo le più recenti rilevazioni della "Stafetta quotidiana", il *diesel* al *self-service*, per la prima volta, supera la soglia dei 2 euro al litro. Prezzi ancora più alti nel "servito": 2,132 euro al litro fino a 2,319 negli impianti in autostrada. Sulla rete autostradale la benzina raggiunge la media di 2,136 euro al litro per il *self*, il "servito" a 2,368;

il gasolio a oltre 2 euro significa che, nonostante il taglio di 30,5 centesimi del Governo scattato il 22 marzo 2022, oggi il prezzo è superiore del 16,5 per cento rispetto a quando è scoppiata la guerra in Ucraina il 24 febbraio con un aggravio su base annua, considerando due pieni al mese, pari a 340 euro;

il Governo ha adottato varie misure per contrastare tale emergenza: a settembre 2021, con il primo "decreto taglia bollette" (decreto-legge n. 130 del 2021) riduceva temporaneamente l'aliquota IVA sui consumi di gas metano per usi civili e industriali, rispetto al 10 e 22 per cento "ordinari". A seguito di successive proroghe, l'IVA al 5 per cento arriverà fino alla fine di settembre 2022, come stabilisce l'ultimo "decreto aiuti" (decreto-legge n. 50 del 2022) all'esame della Camera, che conferma anche l'alleggerimento degli oneri di sistema nelle bollette dell'energia. Il taglio sulle accise deciso nel secondo trimestre dal Governo Draghi di 30,5 centesimi di euro che intendeva proseguire la misura del primo trimestre di 0,25 centesimi sui prezzi del carburante, è stata prorogata fino al 2 agosto 2022;

per le associazioni dei consumatori, che hanno presentato esposti sia all'Autorità garante della concorrenza e del mercato che a diverse Procure del Paese, si è di fronte a una grande speculazione;

considerato, inoltre, che:

SURE è uno degli strumenti adottati da Bruxelles nel corso della crisi COVID-19 e consente agli Stati membri di chiedere il sostegno finanziario della UE per contribuire al finanziamento di misure per il contrasto agli aumenti repentini e severi della spesa pubblica nazionale, a partire dal 1° febbraio 2020, connessi a regimi di riduzione dell'orario lavorativo e misure analoghe, anche per i lavoratori autonomi, o a determinate misure di carattere sanitario, in particolare sul posto di lavoro, in risposta alla crisi. La Commissione ha finanziato lo strumento tramite l'emissione di obbligazioni sociali;

l'istituzione di SURE è un'ulteriore espressione tangibile della solidarietà dell'Unione, grazie alla quale gli Stati membri convengono di sostenersi a vicenda per il tramite dell'Unione mettendo a disposizione, in forma di prestiti a condizioni agevolate, risorse finanziarie supplementari,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga necessario un nuovo strumento europeo, sulla falsariga del piano SURE usato per finanziare la cassa integrazione, al fine di aiutare i Paesi a ridurre l'onere delle bollette energetiche per famiglie e imprese e quali iniziative, per quanto di competenza, intenda porre in essere per il raggiungimento di tale obiettivo;

quali iniziative, per quanto di competenza, intenda adottare per bloccare le speculazioni denunciate dalle associazioni dei consumatori e, più in generale, se non ritenga necessario proporre al Ministero dell'economia e delle finanze, alla luce dei rincari dei carburanti descritti, il taglio delle accise oggi fissato a 30 centesimi.

(3-03459)