



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**n. 53**

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INTERROGAZIONI**

146<sup>a</sup> seduta: mercoledì 1° luglio 2020

Presidenza del presidente COLLINA

**I N D I C E****INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 5, 7 e <i>passim</i>
CASTELLONE (M5S) . . . . .	4
* MARIN (L-SP-PSd'Az) . . . . .	12
RIZZOTTI (FIBP-UDC) . . . . .	6
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> . . . . .	3, 5 7 e <i>passim</i>
TARICCO (PD) . . . . .	10
ALLEGATO ( <i>contiene i testi di seduta</i> ) . . . . .	14

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; 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); Misto: Misto; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB.*

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*I lavori hanno inizio alle ore 10,10.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Interrogazioni**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01355, presentata dalla senatrice Castellone e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito alle problematiche delineate nell'interrogazione parlamentare in esame, a prima firma della senatrice Castellone, tenuto conto della competenza regionale in materia, il Ministero della salute ha provveduto ad acquisire le informazioni necessarie dalla Regione Campania. Riguardo al servizio di emergenza e urgenza (SEU) territoriale 118, la direzione generale per le politiche sociali e sociosanitarie della giunta regionale della Campania ha segnalato quanto segue.

La citata direzione cura la tenuta e la conservazione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato e rammenta che l'iscrizione in questo registro soddisfa, ai sensi dell'articolo 101, comma 3, del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (codice del terzo settore), il requisito dell'iscrizione al registro unico nazionale del terzo settore, previsto dallo stesso decreto legislativo. La procedura di iscrizione avviene sulla base di un'istruttoria formale, che viene effettuata mediante l'analisi degli atti costitutivi e degli statuti dei soggetti richiedenti, nonché dei vari documenti e atti acquisiti.

Tra i vari documenti da presentare, vi sono l'ultimo bilancio approvato (preventivo e consuntivo), la relazione circa le attività espletate, la dichiarazione sostitutiva del certificato del casellario giudiziario e dei carichi pendenti resa da tutti gli aderenti che ricoprono cariche associative, in forma di autocertificazione ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione ammi-

nistrativa), la copia della polizza assicurativa relativa agli aderenti che prestano attività di volontariato contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento delle loro mansioni e per la responsabilità civile verso i terzi. Peraltro, l'iscrizione è soggetta a una procedura di revisione a cadenza biennale, finalizzata all'accertamento della permanenza dei requisiti, formali e sostanziali, verificati in sede di istanza d'iscrizione.

Rientra negli ambiti delle competenze regionali l'organizzazione e la gestione del servizio di emergenza e urgenza territoriale 118, nonché la stipula degli atti di convenzione che ne determinano il relativo affidamento.

Quanto all'affidamento in convenzione del servizio di emergenza e urgenza, la citata direzione richiama gli articoli 56 e 57 del decreto legislativo n. 117 del 2017.

L'articolo 57, disciplinante il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, dispone al comma 1 che: «I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, aderenti ad una rete associativa di cui all'articolo 41, comma 2, ed accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisca l'espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione».

Da ultimo, la stessa direzione ha segnalato che il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza esula dagli ambiti dell'applicazione della normativa in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture recata dal decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, attuativo di alcune direttive dell'Unione europea.

Resta inteso che la possibilità di affidare il servizio 118 in deroga alla disciplina sulle gare pubbliche non può andare a detrimento della qualità del servizio e al rigoroso rispetto di tutti gli *standard* prestazionali necessari a garantire la tutela della salute degli utenti, oltre al rispetto delle norme sull'attività di volontariato e di quelle che disciplinano i rapporti di lavoro. A tal fine il Ministero della salute si riserva di approfondire il contenuto delle disposizioni presenti negli schemi di convenzione impiegati per l'affidamento del servizio in questione sia in termini di legittimità che di idoneità ad assicurare il corretto svolgimento del servizio.

CASTELLONE (M5S). Sottosegretario Sileri, accolgo con favore l'obiettivo del Ministero della salute di rivedere e approfondire anche le metodiche di affidamento del servizio.

L'interrogazione era nata a febbraio dello scorso anno, quando i volontari in servizio presso la ASL di Caserta avevano cessato le prestazioni che fornivano nel servizio di emergenza e urgenza territoriale per la mancata percezione del rimborso mensile. La stessa si basava su alcuni pre-

supposti, il primo dei quali – come lei ha detto – è il decreto legislativo n. 117 del 2017, che regola il codice del terzo settore e inquadra la figura del volontario come colui che opera per fini di solidarietà. Definisce, quindi, la prestazione volontaria come spontanea, per la quale c'è divieto di percepire o di elargire retribuzioni.

Invece ci sono moltissime segnalazioni da parte di operatori del servizio di emergenza e urgenza 118 su un'anomala attività di volontariato in alcune associazioni che sono proprio affidatarie di convenzione nel servizio di emergenza e urgenza, tanto che sono partite numerose inchieste giornalistiche che hanno denunciato come alcune organizzazioni di volontariato siano in effetti fittizie, soprattutto in ambito sanitario.

La nostra richiesta al Ministero è anzitutto di verificare quali siano le condizioni con cui vengono siglate le convenzioni, e questo a tutela non solo dei volontari, quindi della condizione lavorativa di queste persone, che spesso svolgono veri e propri turni di lavoro a fronte di corrispettivi economici davvero irrisori, esposti al rischio biologico e di aggressioni, ma anche – come anche lei diceva – per l'obiettivo fondamentale di tutelare la salute della popolazione, tenendo conto che quando parliamo del servizio di emergenza e urgenza territoriale parliamo di prestazioni che sono riferibili proprio ai livelli essenziali di assistenza.

Mi ritengo pertanto soddisfatta della risposta del Sottosegretario.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01412, presentata dalla senatrice Rizzotti.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito alla tematica delineata nell'interrogazione parlamentare in esame, a firma della senatrice Rizzotti, si segnala che, allo scopo di dare piena attuazione alla legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con il decreto del Ministro della salute del 16 ottobre 2018 si è provveduto a rinnovare nella sua composizione la sezione cure palliative e terapia del dolore, istituita nell'ambito del comitato tecnico-sanitario, operante in seno al Ministero della salute. Tale sezione svolge attività di monitoraggio in ordine al livello di attuazione delle linee guida e degli indirizzi nazionali, nonché sullo stato di realizzazione e sviluppo delle reti assistenziali previste nell'intesa del 25 luglio 2012, n. 151, sancita in Conferenza Stato-Regioni, rivolgendo una specifica attenzione al superamento delle disomogeneità territoriali e all'erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatrica e adolescenziale. Inoltre, detta sezione effettua il monitoraggio sia dello sviluppo delle reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore sia dei dati relativi alla prescrizione e all'utilizzo di farmaci nella terapia del dolore, seguendo anche l'attività di formazione a livello nazionale e regionale.

Nel 2019 sono stati istituiti all'interno della sezione due tavoli tecnici, con lo scopo di approfondire le complesse tematiche concernenti la

terapia del dolore e le cure palliative, nonché la terapia del dolore in età pediatrica.

Ricordo che l'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 25 luglio 2012 ha definito i requisiti minimi e le modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore.

Il monitoraggio annuale ai fini dell'applicazione della legge n. 38 del 2010 viene effettuato tramite la griglia LEA, relativa agli adempimenti operati dalle singole Regioni in materia di cure palliative. Inoltre, un monitoraggio complessivo viene effettuato attraverso la presentazione in Parlamento del rapporto sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 2010: nel gennaio 2019 è stato pubblicato il rapporto inerente al triennio 2016-2018.

Il Ministero della salute è consapevole dell'esistenza di sperequazioni a livello territoriale nell'attuazione delle misure sulla terapia del dolore e condivide le preoccupazioni della senatrice Rizzotti, tant'è che, per contrastare le disomogeneità territoriali, ricordo che sono state inserite, nell'articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19, disposizioni riguardanti il rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche mediante il potenziamento delle reti per le cure palliative e la terapia del dolore.

In particolare, il comma 4 del citato articolo 1 stabilisce che le Regioni e le Province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, con gli obiettivi di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza determinata dal Covid-19, nonché di rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o in regime di quarantena e, tra gli altri, per i pazienti che necessitano di cure palliative e delle terapie del dolore. A tale scopo, le Regioni e le Province autonome predispongono specifici piani di assistenza, recepiti in seno ai programmi operativi, i quali vengono monitorati, ai fini conoscitivi, da questo Ministero e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Aggiungo infine che ho chiesto una revisione di tutti i tavoli presenti al Ministero poiché un elevato numero di tavoli non significa efficienza, anche per capire ciò che è stato fatto negli anni scorsi. Un tavolo deve riunirsi spesso e bene e produrre documenti. Sarà quindi mia premura informarla direttamente su quanto avvenuto dal 2019 al 2020 in merito alla palliazione. Ciò che posso dire è che nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri abbiamo inserito anche le cure palliative, quindi abbiamo tracciato una linea con il precedente e guardiamo avanti. Per il passato cercherò di capire cosa è stato prodotto in diciotto mesi.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Sottosegretario, la ringrazio molto di questo suo interessamento e della sua risposta, della quale mi dichiaro soddisfatta.

Ricordo che la legge n. 38 del 2010 ha costituito davvero una pietra miliare di civiltà per tutto quello che riguarda le cure palliative e la terapia del dolore. Tale legge, come quasi tutte le leggi, prevedeva l'obbligo per il Governo di rendere una relazione annuale al Parlamento, cosa che non succede. L'ultima volta che il Ministro della salute ha fatto una relazione in Aula sulle cure palliative è stato nel 2015 e da allora non si è più fatto assolutamente nulla fino al 31 gennaio 2019. Peraltro, è vero che dopo quattro anni il Ministero ha fatto una relazione, tuttavia non è mai stata presentata alle Camere (sappiamo cosa è successo).

Certamente il coronavirus ha rappresentato un'occasione per tornare sul tema delle cure palliative; pensiamo anche alle RSA. Dispiace che la qualità dell'offerta assistenziale nel Paese in questo ambito non sia mai stata al centro dell'attenzione negli ultimi anni, nonostante i tanti appelli, e la grave disomogeneità fra i territori, fra Regione e Regione, ne è la dimostrazione. Allo stesso tempo, c'è una grave disomogeneità per quanto riguarda le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica.

Gli *hospice* hanno spesso manifestato tante debolezze in questa occasione di emergenza, tuttavia nessun ente istituzionale ha impartito indicazioni o raccomandazioni da seguire. Credo pertanto che sarebbe il caso di concentrarsi sulle buone esperienze fatte individualmente, capire dove si è sbagliato, cosa non ha funzionato e assumersi anche la responsabilità – non attuale perché, lo ripeto, va ricercata negli anni – nell'ammettere che è necessario il supporto di professionisti specializzati in questo ambito, troppo spesso dimenticati.

Sottolineo l'importanza delle cure domiciliari, che dovrebbero rientrare in un discorso di medicina del territorio, ma sappiamo che ci vogliono soldi e professionisti per poter sviluppare la medicina del territorio domiciliare anche per quanto riguarda le cure palliative.

Ringrazio il sottosegretario Sileri; apprezzo la sua intenzione rispetto a una revisione dei tavoli perché giustamente essi non devono essere soltanto un premio per qualcuno, magari da inserire nel *curriculum*, ma devono essere operativi. Penso, ad esempio, al tavolo per il monitoraggio dei LEA, di cui non si sente parlare, non c'è traccia. Sarebbe importante che questi tavoli facessero, almeno ogni due mesi, una relazione sullo stato dell'arte. È vero che in genere sono tavoli a costo zero, a parte il rimborso spese, ma se sono impostati sulla ricerca e il monitoraggio di qualcosa di importante, o lavorano o possiamo farne a meno.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01523, presentata dal senatore Taricco.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito a quanto delineato nell'interrogazione del senatore Taricco, si segnala che con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e con il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali del 22 gennaio 2018, n. 33, recante «Regolamento sulle misure e sui requisiti dei prodotti fitosanitari per un uso sicuro

da parte degli utilizzatori non professionali», sono state adottate specifiche disposizioni per l'individuazione dei prodotti fitosanitari destinati a utilizzatori non professionali, secondo le previsioni dell'articolo 10, comma 4, del decreto legislativo 14 agosto 2012, n. 150, recante «Attuazione della direttiva 2009/128/CE che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi». Detta direttiva ha introdotto una serie di misure atte a promuovere l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, al fine di ridurre i rischi e gli impatti sulla salute umana e sull'ambiente derivanti dall'utilizzo di tali prodotti.

Per quanto concerne l'uso professionale dei prodotti fitosanitari, il legislatore comunitario ha individuato nella formazione certificata degli operatori l'elemento cardine per il raggiungimento dell'obiettivo dell'uso sostenibile e ha previsto l'implementazione, da parte di ciascuno Stato membro, di un sistema di formazione certificata in linea con i contenuti della direttiva.

Per quanto riguarda l'uso non professionale dei prodotti fitosanitari, il legislatore comunitario non ha fornito gli elementi tecnici e giuridici per un'armonizzazione piena del settore. Infatti, con la direttiva in questione sono state date solo indicazioni generali per l'individuazione di tali prodotti, rinviando agli Stati membri la definizione dei requisiti specifici e delle misure per un uso sicuro.

La citata direttiva, riguardo agli utilizzatori non professionali, evidenzia che «è molto probabile che questo gruppo di persone manipoli le sostanze in maniera inadeguata non disponendo di conoscenze sufficienti» e dispone che: «gli Stati membri adottano tutte le misure necessarie concernenti i pesticidi autorizzati per gli utilizzatori non professionali al fine di evitare operazioni di manipolazione pericolose. Tali misure possono includere l'uso di pesticidi a bassa tossicità, di formule pronte per l'uso e di limiti del volume dei contenitori o imballaggi».

Il decreto interministeriale n. 33 del 2018 ha dato attuazione, nel nostro Paese, al mandato conferito agli Stati membri dalla direttiva, disciplinando per la prima volta, in modo organico, la categoria dei prodotti fitosanitari per uso non professionale.

I prodotti fitosanitari per uso non professionale, utilizzabili sia su colture edibili che su piante ornamentali, sono liberamente accessibili a qualunque acquirente, anche se privo delle conoscenze minime per un uso corretto del prodotto e delle misure necessarie ad assicurare un'adeguata protezione della salute, con riguardo all'utilizzatore stesso e ai soggetti terzi accidentalmente esposti, e anche attraverso i residui negli alimenti vegetali trattati e dell'ambiente.

Il decreto interministeriale n. 33 del 2018, nel relativo allegato, ha introdotto requisiti specifici relativi alla classificazione di pericolo, del prodotto e dei suoi componenti, formulazione, confezionamento e taglia. In particolare, esso ha previsto che tali prodotti siano esenti da classificazione di pericolo e che nella loro composizione non figurino sostanze e coformulanti con proprietà tossicologiche preoccupanti per effetti pericolosi sulla salute umana o per l'ambiente.



I requisiti previsti dal citato decreto interministeriale n. 33 assicurano che dalla composizione dei prodotti per uso non professionale siano escluse le sostanze attive più pericolose: sono consentite la maggior parte di quelle ammesse in agricoltura biologica, tuttavia non è accoglibile la richiesta di consentire l'uso non professionale dei prodotti fitosanitari utilizzabili in agricoltura biologica. Tali prodotti sono destinati all'uso professionale e valutati e autorizzati esclusivamente per l'uso da parte di operatori che hanno ricevuto un'apposita formazione certificata, addestrati nella manipolazione, e che operano in un contesto controllato di livello professionale.

Tenuto conto della necessità per le imprese del settore di disporre di un congruo periodo di tempo per conformare i prodotti secondo i requisiti previsti, proporre nuove formulazioni ed eventualmente adeguare i sistemi di produzione, il decreto n. 33 del 2018 ha previsto misure transitorie, che hanno mantenuto le limitazioni di vendita già previste dalla normativa nazionale, consentendo l'acquisto e l'utilizzo da parte degli utilizzatori non professionali dei prodotti fitosanitari esistenti, con esclusione di quelli con profilo tossicologico particolarmente preoccupante per la salute umana (nocivi e tossici). Inoltre, al fine di minimizzare l'uso improprio di tali prodotti sono state previste limitazioni di taglia.

Tali misure, introdotte al solo scopo di consentire alle imprese un tempo congruo di adattamento, hanno di fatto prolungato la durata delle disposizioni nazionali previgenti al decreto legislativo n. 150 del 2012, adottate con il decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290, recante «Regolamento di semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione, alla immissione in commercio e alla vendita di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti», e non rispondenti agli obiettivi della direttiva sull'uso sostenibile 2009/128/CE.

Il mandato del legislatore comunitario e l'evoluzione della sensibilità collettiva sempre più attenta alle problematiche ambientali, oltre che al tema della sicurezza alimentare, impongono un approccio diverso, orientato alla sostenibilità nella sua accezione più ampia. Sebbene la durata totale delle misure sarà di gran lunga superiore ai ventiquattro mesi inizialmente previsti, anche in virtù della recente proroga di ulteriori diciotto mesi, non sono stati ad oggi proposti prodotti innovativi che rispondano alle esigenze di difesa delle colture a livello non professionale e che garantiscano, nel contempo, un elevato livello di tutela della salute e dell'ambiente e la piena implementazione del mandato comunitario.

I requisiti di ammissibilità previsti nell'allegato del decreto n. 33 del 2018 non sono troppo dissimili da quelli definiti dagli altri Stati membri e in tutti i casi tali requisiti risultano basati sulle caratteristiche tossicologiche intrinseche dei prodotti e delle sostanze attive (classificazione di pericolo) e non sulla valutazione dei rischi conseguenti all'impiego. Ciò in considerazione del fatto che ad oggi non sono disponibili, né a livello comunitario né nazionale, scenari e modelli di valutazione dell'esposizione specifici per il livello non professionale.

Tenendo conto dell'indisponibilità degli scenari e dei modelli di valutazione, il decreto n. 33 del 2018 ha individuato i requisiti generali e previsto una valutazione del rischio caso per caso, in relazione ai possibili impieghi richiesti.

Il Ministero della salute si è reso prontamente disponibile a esaminare il modello proposto dalla maggiore organizzazione di categoria, sebbene ciò abbia procrastinato l'avvio della procedura di riesame dei prodotti.

L'approfondimento è stato condotto da un gruppo di lavoro appositamente costituito, che ha proseguito la propria attività anche durante il *lockdown* causato dal Covid-19, seppure con un certo inevitabile rallentamento, giungendo a condividere buona parte del documento: è attualmente in corso la consultazione del comitato tecnico per la nutrizione e la sanità animale, operante presso il Ministero della salute.

Anche in questo caso vale quanto ho già detto alla senatrice Rizzotti: la mia richiesta di revisione dei tavoli risale a prima della presentazione delle interrogazioni, a qualche settimana fa. Anche in questo ambito chiederò conto di quanto è stato prodotto durante il periodo di *lockdown*, dal momento che lo *smart working* consente, attraverso le *e-mail*, di verificare con maggiore facilità. Faccio tuttavia presente che ad oggi non ho ricevuto alcuna risposta.

La disponibilità di criteri di valutazione dei rischi specifici per l'uso non professionale dei prodotti fitosanitari fornirà un ulteriore argomento su cui i Ministeri coinvolti e le parti interessate potranno confrontarsi, ai fini della revisione dei requisiti di non ammissibilità attualmente previsti. Infatti, trattandosi di un decreto interministeriale, la revisione richiede il lavoro sinergico dei tre Ministeri concertanti.

Per quanto di diretta competenza, sottolineo che il Ministero della salute ha sempre dato prova di ampia disponibilità, convocando una prima riunione di coordinamento già nell'aprile 2018 con la partecipazione della suddetta organizzazione di categoria, degli esperti del settore e dei Ministeri coinvolti, e ponendo le basi per l'avvio di un confronto di merito su una proposta del modello.

Assicuro che il Ministero della salute intende avviare, ove possibile anche prima delle vacanze estive, il riesame dei prodotti destinati alla cura del giardino domestico.

TARICCO (PD). Ringrazio il sottosegretario Sileri per la sua risposta, della quale mi ritengo soddisfatto.

L'interrogazione nasceva proprio dalla necessità di sollecitare l'azione concreta dei tavoli che sono stati istituiti perché, sia sul modello sia sulla revisione dei singoli prodotti, c'è la necessità di accelerare i tempi. Infatti, il precedente provvedimento, in scadenza a luglio, di fatto non aveva prodotto risposte in grado di affrontare il tema: quasi il 90 per cento dei prodotti che erano stati predisposti risultava non compatibile con il nuovo quadro normativo.

Credo ci sia necessità, da parte delle strutture tecniche e di tutto il sistema, di mettere il comparto in condizione di avere risposte ai bisogni e ai problemi.

Apprezzo dunque la dichiarazione del sottosegretario Sileri rispetto alla volontà di sollecitare i suddetti tavoli perché è necessario che producano risposte concrete e operative.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01669, presentata dalla senatrice Marin e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito alla questione segnalata nell'interrogazione parlamentare in esame, a prima firma della senatrice Marin, l'Agenzia italiana del farmaco ha inteso precisare quanto segue. L'impiego del plasma da convalescente, o di immunoglobuline iperimmuni, si basa sull'ipotesi che un incremento dell'immunità passiva sia una strategia efficace nella terapia per contrastare l'infezione da nuovo coronavirus.

Nei mesi scorsi, in vari centri italiani sono state effettuate alcune sperimentazioni di fase II (senza gruppo di controllo) che hanno riguardato l'uso terapeutico del plasma iperimmune prodotto *in house*. Allo scopo di rendere omogenei i protocolli di utilizzo e di valutare l'efficacia e la sicurezza di questa strategia nel contesto di uno studio clinico randomizzato controllato, è stato promosso dall'Agenzia stessa e dall'Istituto superiore di sanità uno studio su base nazionale.

La selezione dello studio scientifico di riferimento è avvenuta in considerazione del fatto che il protocollo dello studio, denominato Tsunami (Transfusion of convalescent plasma for the early treatment of pneumonia due to SARS-CoV-2), originariamente predisposto presso l'Università di Pisa, era l'unico protocollo italiano attivato con un disegno di studio randomizzato controllato, multicentrico, in grado di consentire, con l'opportuno rigore metodologico, di valutare l'efficacia e la sicurezza della terapia con plasma da convalescente rispetto al trattamento di riferimento (cosiddetto *standard-of-care*). Queste caratteristiche offrivano la garanzia di poter disporre di uno studio randomizzato già operativo, da poter estendere a livello nazionale in tempi rapidi, consentendo di ottenere evidenze scientifiche solide in merito al ruolo di questa terapia.

Lo studio, al quale partecipa anche il centro operante presso l'azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova, diretto dal professor Giuseppe De Donno, si avvale ad oggi delle adesioni di 78 centri ubicati in 12 Regioni (Lombardia, Liguria, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Umbria, Marche, Campania, Puglia, Sicilia) e nella Provincia autonoma di Trento. La distribuzione geografica garantisce un'ottima copertura in termini numerici della popolazione nazionale e una buona rappresentatività delle diverse aree geografiche del nostro Paese. Proprio in virtù del suo carattere nazionale, lo studio Tsunami è aperto ad altre Regioni e ad altri centri che ne facciano richiesta.

Per quanto riguarda la terapia sperimentale, l'Agenzia italiana del farmaco sottolinea che il protocollo Tsunami non prevede in alcun modo il trattamento industriale del plasma; quindi non sussiste il coinvolgimento della ditta Kedrion Biopharma citata nell'interrogazione in esame. Il plasma verrà trattato secondo il protocollo operativo per la selezione dei pazienti-donatori convalescenti con diagnosi virologicamente documentata di Covid-19, per la qualificazione biologica del plasma da aferesi eventualmente prodotto, nonché per le successive correlate procedure di riduzione dei patogeni e di stoccaggio controllato, come predisposto dall'Istituto superiore di sanità-centro nazionale sangue.

Per completezza, l'Agenzia ha inteso segnalare che ad oggi non è autorizzato per l'utilizzo specifico contro il Covid-19 alcun prodotto a base di immunoglobuline iperimmuni derivante da processi industriali, né a livello nazionale né a livello centralizzato europeo.

Alla luce delle considerazioni sviluppate, appare evidente che negli ambiti dello studio nazionale Tsunami promosso dall'Agenzia italiana del farmaco e dall'Istituto superiore di sanità non vi è né è mai stato previsto alcun coinvolgimento di aziende farmaceutiche, né sussiste alcun condizionamento estraneo alle valutazioni metodologiche e scientifiche poste a fondamento dello stesso studio.

In ogni caso, allo stato ogni giudizio sull'efficacia terapeutica della cura in questione è prematuro sicché, per ogni ulteriore valutazione, è necessario attendere la conclusione della sperimentazione.

MARIN (*L-SP-PSd'Az*). Signor Sottosegretario, apprezzo molto il fatto che lei oggi sia qui. La ringrazio per la sua risposta, sicuramente dettagliata, ma che non chiarisce tuttavia come eventi di questo tipo possano accadere in Senato. Lei saprà bene che, a seguito delle audizioni, le persone in causa sono state intervistate da testate giornalistiche e da furbesche emittenti televisive – furbe e anche feroci – che non perdonano nulla. Proprio in diretta TV hanno negato e disconfermato ogni parola, pur sapendo che era stato attivato il sistema di videoregistrazione del Senato stesso.

Vede, sottosegretario Sileri, la faccenda è grave perché ciò che veramente svilisce e impoverisce il ruolo del Senato e del Parlamento tutto, agli occhi degli italiani, è proprio una mancanza etica.

Mi chiedo troppe volte da dove arrivi il senso delirante di onnipotenza che illude alcuni personaggi di sentirsi furbi, *smart*, e di pensare che i membri del Senato – nel nostro caso – non si accorgano delle maldestre furberie. Sono stati male informati. Qualcuno dovrebbe spiegar loro che *smart working* ha un altro significato.

L'enorme responsabilità che ci investe nei confronti del destino delle persone là fuori, sane o malate che siano, non ci può condonare questa farsa preconfezionata, millantata, messa in atto da ambiziosi saltimbanchi che, da ospiti invitati e ben accolti in questa sede, hanno pensato di vendere un fatto come già compiuto.

Non ho altro da aggiungere, sottosegretario Sileri, e qui concludo, ma non senza aver prima sottolineato che il nostro ruolo fondamentale è quello di dare esempio di virtù e non occasioni. Fare i conti senza l'oste non paga.

La ringrazio comunque della risposta, sottosegretario Sileri, della quale mi ritengo parzialmente soddisfatta.

PRESIDENTE. Lo svolgimento di interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

*La seduta termina alle ore 10,45.*

ALLEGATO

## INTERROGAZIONI

CASTELLONE, MARINELLO, Giuseppe PISANI, PIRRO, ENDRIZZI, DE LUCIA, ANGRISANI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (codice del terzo settore), al comma 2 dell'articolo 17 inquadra giuridicamente la figura di volontario: «Il volontario è una persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà»;

ben definisce la prestazione volontaria come personale e assolutamente spontanea, dunque scevra da indicazioni o richieste di terzi, e implica il tassativo divieto di percezione di ogni forma di retribuzione per l'attività svolta, analogamente al divieto consequenziale, per qualunque soggetto terzo, di elargire retribuzione in ogni forma per qualsivoglia attività di volontariato;

in virtù della norma si consente unicamente il rimborso delle spese sostenute per esercitare attività di volontariato, laddove esse siano documentate e comunque rispondenti ai criteri ed entro i limiti stabiliti dall'ente, escludendo in ogni caso il rimborso spese di tipo forfetario; ove le spese si quantifichino entro i 10 euro giornalieri o per un totale di 150 euro mensili, e solo in tal casi, il rimborso viene elargito in presenza di autocertificazione, redatta in piena e personale responsabilità;

si evince dunque che la figura e l'attività del volontario non sono compatibili con lavori di tipo subordinato o autonomi né con altre prestazioni di lavoro retribuito con l'ente di cui il volontario è socio o associato e tramite il quale svolge la propria attività di volontariato, la quale sempre si colloca come prestazione definita da un assoluto canone di gratuità;

considerato che:

sono numerose le segnalazioni degli operatori del servizio di emergenza e urgenza (SEU) territoriale 118 circa un'anomala attività di volontariato in talune associazioni affidatarie in convenzione di postazione del SEU;

il nostro Paese non è nuovo a tali anomale attività; basti citare lo scalpore sollevato da un servizio andato in onda il 10 aprile 2016 sul canale televisivo «Italia 1», nel corso del programma «Le Iene», che già allora denunciava l'esistenza di intere organizzazioni di volontariato fittizie

operanti in ambito sanitario. In seguito a quel servizio, si rese noto un sistema ben collaudato di contratti anomali tra ARES 118 e società esterne, dove il volontariato si trasformava a tutti gli effetti in lavoro in nero, legalizzato da fantomatici rimborsi;

le segnalazioni denunciano diverse modalità di rimborsi fittizi e un ricorso ai volontari che sopperisca alla mancanza di organico e che dunque diventi funzionale alla copertura dei turni di servizio degli infermieri, con orari di lavoro di 24-36 ore consecutive, per un ammontare di rimborsi per 170 euro mensili; oppure un ammontare di 200 ore, senza copertura assicurativa e, talvolta, con assenza di iscrizione all'OPI (ordine professioni infermieristiche), a fronte di rimborsi spese forfettari che in molti casi rappresentano l'unica fonte di sostentamento di interi nuclei familiari, delineando un quadro di sfruttamento illegale;

in Campania, nella ASL di Caserta, nelle scorse settimane i volontari hanno cessato le loro prestazioni, in forma di protesta alla mancata percezione del rimborso mensile negli ultimi 5 mesi, lasciando scoperte le postazioni e costringendo la ASL a misure emergenziali, pur in costanza di rapporto di convenzione con la confraternita di misericordia di Caivano;

rilevato che:

il SEU campano, così come accade anche in altre regioni italiane, da Nord a Sud, versa in una condizione di evidente *caos*, in completa assenza di una *governance* regionale. Le condizioni contrattuali di operatori che svolgono le medesime mansioni sono del tutto difformi; in Campania le postazioni direttamente gestite dalle ASL ormai rappresentano una percentuale irrisoria; le postazioni affidate in convenzione hanno, in alcuni casi, come quello della ASL di Benevento, personale indipendente, in altri casi operatori liberi professionisti con partita IVA, ma molto più frequentemente coprono i turni col personale volontario, che invece dovrebbe operare in affiancamento ad operatori contrattualizzati, in grado di assumere la responsabilità delle prestazioni rese;

la condizione di completa disomogeneità determinata dalla gestione dei volontari e degli operatori non consente uniformità nella formazione continua né la condivisione di procedure e protocolli, influenzando negativamente sulla qualità del servizio di soccorso in emergenza e urgenza;

l'affidamento alle varie ONLUS, che poi si avvicendano continuamente nelle postazioni col fine di distribuire le risorse tra associazioni del settore, avviene spesso con procedure occasionali e per periodi molto brevi; è il caso della ASL di Salerno, dove, a fronte di un fabbisogno di 19 postazioni programmate, ne sono attive invece 69;

le condizioni di lavoro dei volontari sono impietose e drammatiche; gli infermieri hanno turni di lavoro e corrispettivi economici che in caso di contrattualizzazione sarebbero vietati dalla normativa europea; non hanno diritti contrattuali; sono esposti a rischio biologico e alle aggressioni, che continuano a ripetersi, in misura sempre maggiore. Purtut-

tavia rappresentano l'organico che eroga a tutti gli effetti prestazioni riferibili ai LEA (livelli essenziali di assistenza) per il servizio pubblico;

il Servizio sanitario regionale (SSR) è tenuto a garantire l'erogazione dei LEA in emergenza urgenza e l'uniformità della qualità delle prestazioni;

nonostante siano programmate da anni e nonostante i ripetuti solleciti dei consiglieri regionali del Movimento 5 Stelle della Campania per l'attuazione della risoluzione della commissione competente sulla riorganizzazione del servizio regionale emergenza urgenza, sono ferme e del tutto inattuata la riorganizzazione complessiva del SEU regionale e l'istituzione di un dipartimento regionale a presidio dell'uniformità del medesimo SEU;

malgrado il riconoscimento innegabile del prezioso contributo dei volontari, si rende necessario ridimensionare e regolamentare il loro impiego, riportando il volontariato alla sua funzione di attività filantropica fornita a supporto del servizio offerto dal personale competente, così da garantire il rispetto dei profili professionali e delle norme sul lavoro;

il quadro illustrato evidenzia un ricorso anomalo ai volontari, i quali nella realtà agiscono come lavoratori in nero pagati con rimborsi forfettari che divengono il loro sostentamento; ciò espone le aziende del SSR a verifiche e sanzioni da parte delle istituzioni di controllo e, dato incisivamente preoccupante, espone i cittadini a prestazioni approssimative, non appropriate e non riconducibili a professionisti incaricati di pubblico servizio,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo intenda attivarsi nelle sedi di competenza affinché, in attesa di una più ampia e complessiva riorganizzazione del SEU regionale, sia disposto che, laddove le postazioni vengano affidate in convenzione, tutti i bandi relativi debbano prevedere l'obbligo, per ciascuna ONLUS affidataria del servizio, di garantire la fornitura di equipaggi di soccorso composti da professionisti contrattualizzati, e dunque incaricati di servizio pubblico, e che la presenza dei volontari venga consentita se e qualora si definisca come «affiancamento e supporto» al personale formato da professionisti incaricati.

(3-01355)

RIZZOTTI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

secondo l'ultima relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 2010, pubblicata il 31 gennaio 2019, sono oltre 40.000 i pazienti assistiti a domicilio con cure palliative e terapia del dolore in Italia e, sulla base dei dati sul settore aggiornati al 2017, il numero totale dei pazienti assistiti è cresciuto del 32,19 per cento rispetto al triennio precedente;

le cure palliative nascono per assistere il paziente in seguito alla diagnosi di malattia terminale, ma dovrebbero attivarsi precocemente (secondo il concetto di «simultaneous care»), affiancando lo specialista e pre-



occupandosi di tutti quei sintomi spesso tralasciati in un percorso di cura volto principalmente a contrastare la progressione di malattia;

la ricerca della qualità della vita, infatti, non dovrebbe essere un risultato da raggiungere solo quando la malattia è avanzata e incurabile, ma dovrebbe essere un obiettivo di tutti, sani e malati, pazienti e medici;

purtroppo, il rapporto del Ministero della salute evidenzia come lo sviluppo delle reti locali di cure palliative, l'identificazione dei requisiti minimi per l'accreditamento e l'adozione di modelli organizzativi uniformi, siano obiettivi non ancora raggiunti da tutte le Regioni. In particolare, rimane critica la situazione delle reti di cure palliative e terapia del dolore pediatriche, fortemente carenti in quasi tutto il territorio nazionale. Si riscontrano, infatti, delle forti carenze sistemiche e di adeguate risposte assistenziali, poiché spesso vengono «adattati» protocolli per adulti che non prevedono azioni dedicate alle reali esigenze dei piccoli pazienti;

anche il tema del sottofinanziamento delle cure palliative da parte del Servizio sanitario nazionale riveste carattere di grave criticità, che andrebbe superata iniettando maggiori risorse a garanzia del diritto dei pazienti ad essere seguiti adeguatamente;

inoltre, il *report* mette in evidenza un rilevante «balzo in avanti» delle cure palliative domiciliari: un aumento del 32 per cento, ma in realtà le cure al domicilio sono quelle che hanno bisogno di un potenziamento maggiore. Il dato è ancora bassissimo rispetto al bisogno potenziale e molto probabilmente è anche incompleto;

a dimostrare che le cure palliative domiciliari rimangono il nodo più complesso e disomogeneo basta fare degli esempi di alcune regioni;

in Puglia tra il 2016 ed il 2017 emerge una riduzione sia delle giornate di cure palliative erogate sia del numero annuo di giornate con accesso del medico esperto e questo peggioramento dei dati si registra proprio contestualmente alla scelta della Asl di Brindisi di affidarsi ad un *global service* senza alcuna competenza specifica in cure palliative;

le giornate di cura e gli accessi del medico palliativista hanno subito un calo anche in molte altre regioni come ad esempio, in Lombardia, dove la Regione ha deliberato criteri di erogazione per le cure palliative domiciliari con *standard* così elevati da risultare molto difficili da rispettare;

per quanto riguarda le Regioni più virtuose infine, come l'Emilia-Romagna, è molto positivo come la rete sia riuscita ad intercettare ben il 46 per cento dei deceduti per causa di tumore, con un numero sempre crescente di giornate di cura e di accessi del medico. Ma confrontando i dati con i risultati dell'indagine sullo stato di attuazione delle reti locali di cure palliative (*ex delibera* della Giunta regionale n. 560 del 2015 dell'Emilia-Romagna), si nota come nel periodo 2016-2017 la copertura infermieristica e medica sulle 24 ore, 7 giorni su 7 come prevista dalla stessa delibera e dal decreto 12 gennaio 2017 (nuovi LEA) sia presente in un numero molto limitato di reti e soltanto le associazioni come l'Assistenza nazionale tumori siano in grado di fornire un servizio dedicato e continuativo per 365 giorni all'anno;

infine, rispetto a questa evidente difficoltà nell'erogazione delle cure palliative domiciliari, il numero di medici palliativisti risulta molto insufficiente per rispondere ai bisogni dei pazienti,

si chiede di sapere:

quali siano le valutazioni del Ministro in indirizzo su quanto esposto;

se non ritenga di dover effettuare un monitoraggio annuale rispetto all'applicazione della legge n. 38 del 2010 così come previsto dalla legge stessa;

quali misure intenda intraprendere per contrastare le disomogeneità territoriali ancora troppo penalizzanti per i malati e per le loro famiglie;

se non ritenga necessario investire le giuste risorse in modo mirato che possano costituire modelli di riferimento per un più armonico sviluppo delle reti di cure palliative.

(3-01412)

TARICCO. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

sulla base di un'indagine svolta dalla società Nielsen nel 2011, dal titolo «La cura del verde: chi sono e come soddisfare gli amanti del giardinaggio», e riconfermata nel 2017, si stima che il 54 per cento delle famiglie italiane (13,3 milioni di famiglie) abbia la passione del verde e possiede piante in casa, in giardino o nell'orto di cui si prende cura regolarmente, e secondo una recente ricerca di Ixè per Coldiretti 6 italiani su 10 (esattamente il 62 per cento) hanno l'*hobby* dell'agricoltura e del giardinaggio, in terreni privati o pubblici messi a disposizione dai Comuni. Tale percentuale è aumentata del 6 per cento negli ultimi 5 anni, e sono persone appassionate di giardinaggio e di orticoltura, per i quali dedizione e pazienza per arrivare a dei risultati sono un modo per produrre beni di qualità per la vita propria e della famiglia, ma anche un modo per sentirsi in armonia e in connessione con la natura;

nella cura delle piante, il ricorso all'uso dei prodotti fitosanitari in Italia è già culturalmente considerata una sorta di ultima opzione, e conseguentemente il mercato degli agrofarmaci ad uso hobbistico ha portato, nel 2019, ad un giro d'affari con prezzi al consumatore di 57 milioni di euro (con una riduzione del 9 per cento rispetto al 2016), e tutto il settore è ovviamente in gravi difficoltà a causa dall'attuale emergenza sanitaria ed economica;

il settore è cresciuto in questi anni anche in necessità di conoscenza e di informazione, orientando gli acquisti preferenzialmente verso negozi specializzati con personale addestrato, quali consorzi agrari, *garden* e vivai, proprio perché l'aspetto informativo nella vendita e nell'uso dei prodotti fitosanitari anche per hobbisti è stato ed è cruciale per orientare scelte e comportamenti;

considerato che:

il decreto del Ministero della salute 22 gennaio 2018, n. 33, dando attuazione alla direttiva 2009/128/CE, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi, ha disciplinato il «Regolamento sulle misure e sui requisiti dei prodotti fitosanitari per un uso sicuro da parte degli utilizzatori non professionali»;

da un'analisi di impatto risulterebbe che, stando ai criteri come attualmente previsti, circa il 95 per cento dei prodotti attualmente impiegabili per uso non professionale (cosiddetti hobbistici) non possiederebbe i requisiti necessari per accedere alla fase di valutazione del rischio (non sarebbe addirittura consentito l'uso di alcuni prodotti impiegati in agricoltura biologica), e questo ovviamente comporterebbe un impatto fortissimo sul settore, permettendo la vendita di pochissimi dei prodotti attualmente presenti nel mercato, con una situazione ovviamente resa ancora più grave dal difficile momento che il settore, ed il Paese tutto, sta attraversando, ma soprattutto sarebbe grave la drastica riduzione di presidi messi a disposizione degli appassionati di giardinaggio e di orticoltura soprattutto nella fase di transizione tra il precedente quadro normativo e il nuovo che deve entrare in vigore;

proprio per avere la possibilità di risolvere tali criticità, modificando l'allegato tecnico, di cui al decreto ministeriale n. 33 del 2018, con l'articolo 55-ter, del decreto-legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, è stata prorogata la disciplina transitoria ivi prevista di 18 mesi, di tal che essa terminerà a dicembre 2021;

a dicembre dello scorso anno è stato individuato, in seno alla sezione consultiva per i fitosanitari nell'ambito della Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione del Ministero della salute, un gruppo di lavoro per l'esame dei criteri di valutazione tecnica dei prodotti fitosanitari destinati agli utilizzatori non professionali (PFnP), nonché la conseguente modifica dei criteri menzionati;

è fondamentale, pur in una situazione oggettivamente complessa a causa della emergenza pandemica COVID-19, utilizzare i prossimi mesi per permettere al gruppo di lavoro menzionato di approfondire la questione ed approntare una proposta in tempi congrui, in modo da mettere in condizione il settore della produzione degli agrofarmaci ad uso hobbistico di poter riorientare la produzione alla luce del nuovo quadro normativo che verrà a delinearsi,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti e quali iniziative intenda assumere per mettere in condizione il gruppo di lavoro per la modifica dei criteri di valutazione tecnica dei prodotti fitosanitari destinati agli utilizzatori non professionali (PFnP), costituito in seno alla sezione consultiva per i fitosanitari nell'ambito della Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione del Ministero della salute, di procedere speditamente con i propri lavori e

con la conseguente modifica dei criteri, di cui all'allegato tecnico al decreto ministeriale n. 33 del 2018.

(3-01523)

MARIN, CANTÚ, LUNESU, FREGOLENT, VESCOVI, SBRANA, NISINI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

da notizie di stampa, in particolare del quotidiano «Il Giornale», si apprende che per combattere il COVID-19 è in arrivo il plasma iperimmune industriale;

la sperimentazione è iniziata presso l'azienda ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova, su iniziativa dello pneumologo professor Giuseppe De Donno, ospedale dove, da quasi due mesi, gli ammalati di COVID-19 ai quali si è trasfuso il plasma iperimmune non sono deceduti;

l'Istituto superiore di Sanità, in accordo con AIFA, ha deciso di far partire una sperimentazione nazionale, non nella città sede dell'azienda ospedaliera «Carlo Poma», ma nella città di Pisa;

il 14 maggio 2020 il professor De Donno è stato audito in *streaming* dalla 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e Sanità) del Senato, dove era presente anche la prima firmataria del presente atto, membro della stessa Commissione;

prima del professor De Donno è intervenuto il dottor Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, il quale, poco dopo l'inizio del suo intervento, ha ceduto la parola al dottor Paolo Marcucci, che non era atteso né inserito nelle liste dei soggetti da audire;

Paolo Marcucci è l'amministratore delegato di Kedrion Biopharma, colosso dei plasmaderivati, e ha dichiarato che l'azienda che rappresenta lavora a fianco del Centro nazionale del sangue contro il contagio e ha fornito gratuitamente la strumentazione e i *kit* di consumo per l'inattivazione virale del plasma, e accompagnato tutte le sperimentazioni in corso sul plasma iperimmune;

Paolo Marcucci ha spiegato anche la seconda fase: Kedrion metterà a disposizione il proprio stabilimento di Napoli per raccogliere il plasma dei donatori italiani e trasformarlo, in «conto lavorazione» in plasma iperimmune industriale, utilizzabile nei quattro anni successivi: «Così si eviterà di eseguire l'inattivazione virale nei singoli centri che è un'inattivazione comunque artigianale, costosa e adatta solo alla sperimentazione»; il contrario di quanto sosterrà poco più tardi il professor De Donno;

in sintesi, il plasma donato gratuitamente dai convalescenti italiani diventerà un prodotto industriale di un'azienda privata che, evidentemente, non lavorerà gratis,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti in premessa e quali azioni intenda intraprendere al fine di appurarne la veridicità ed evitare eventuali conflitti di interessi nella produzione e commercializzazione del plasma iperimmune.

(3-01669)