



Assemblea

RESOCONTO STENOGRAFICO

ALLEGATI

ASSEMBLEA

314^a seduta pubblica

martedì 13 aprile 2021

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

INDICE GENERALE

<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i>	5
<i>ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta)</i>	59
<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>	99

INDICE

RESOCONTO STENOGRAFICO

SULL'ORDINE DEI LAVORI

PRESIDENTE.....5

DISEGNI DI LEGGE

Trasmissione dalla Camera dei deputati5

MOZIONI

Discussione delle mozioni 1-00289 e 1-00288 sull'adozione di un nuovo Piano oncologico nazionale

Approvazione dell'ordine del giorno G1. Ritiro delle mozioni 1-00289 e 1-00288:

PRESIDENTE.....6, 7, 9, 10, 14, 15, 31

BINETTI (FIBP-UDC)6, 9, 10

BOLDRINI (PD).....7, 8, 20

IORI (PD)10

MARIN (L-SP-PSd'Az).....11

MAUTONE (M5S).....13

SILERI, sottosegretario di Stato per la salute.....14

LANIECE (Aut (SVP-PATT, UV)).....15

PARENTE (IV-PSI)17

ZAFFINI (FdI)18

ERRANI (Misto-LeU)23

STABILE (FIBP-UDC).....24

DORIA (L-SP-PSd'Az)25

PISANI GIUSEPPE (M5S).....28

PARAGONE (Misto).....30

URSO (FdI).....31

Discussione delle mozioni 1-00328 (testo 2), 1-00322 e 1-00330 sulla campagna vaccinale contro il coronavirus

Approvazione dell'ordine del giorno G1. Ritiro delle mozioni 1-00328 (testo 2), 1-00322 e 1-00330:

PRESIDENTE.....31, 32, 35, 38, 41, 42, 57

PARENTE (IV-PSI)32, 39

BINETTI (FIBP-UDC)33

CASTELLONE (M5S).....34

BOLDRINI (PD).....36

CRUCIOLI (Misto)37, 39, 57

ROMEO (L-SP-PSd'Az)38

LUNESU (L-SP-PSd'Az)39

MARINELLO (M5S)41

SILERI, sottosegretario di Stato per la salute.....42

FARAONE (IV-PSI)42

ZAFFINI (FdI)44

IORI (PD)47

ERRANI (Misto-LeU)49

SICLARI (FIBP-UDC)51

CANTÙ (L-SP-PSd'Az).....53

PIRRO (M5S)55

COMMISSIONE STRAORDINARIA PER IL CONTRASTO DEI FENOMENI DI INTOLLERANZA,

RAZZISMO, ANTISEMITISMO E ISTIGAZIONE ALL'ODIO E ALLA VIOLENZA

Convocazione.....58

ORDINE DEL GIORNO PER LA SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 APRILE 2021.....58

ALLEGATO A

MOZIONI.....59

Mozioni sull'adozione di un nuovo Piano oncologico nazionale59

Ordine del giorno69

Mozioni sulla campagna vaccinale contro il coronavirus.....75

Ordine del giorno91

ALLEGATO B

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA.....100

CONGEDI E MISSIONI108

COMMISSIONI PERMANENTI

Variazioni nella composizione108

COMMISSIONE PARLAMENTARE PER L'INDIRIZZO GENERALE E LA VIGILANZA DEI SERVIZI RADIOTELEVISIVI

Variazioni nella composizione108

DISEGNI DI LEGGE

Trasmissione dalla Camera dei deputati108

Annuncio di presentazione109

Assegnazione.....109

Nuova assegnazione110

Presentazione del testo degli articoli111

GOVERNO

Trasmissione di atti e documenti111

Trasmissione di atti e documenti dell'Unione europea di particolare rilevanza ai sensi dell'articolo 6, comma 1, della legge n. 234 del 2012. Deferimento.....113

Trasmissione di sentenze della Corte di giustizia dell'Unione europea. Deferimento.....114

GARANTE DEL CONTRIBUENTE

Trasmissione di atti. Deferimento115

CONSIGLI REGIONALI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Trasmissione di voti115

MOZIONI E INTERROGAZIONI

Apposizione di nuove firme a mozioni e ad interrogazioni.....116

Mozioni, nuovo testo116

Interrogazioni118

Interrogazioni da svolgere in Commissione..... 148

AVVISO DI RETTIFICA 151

RESOCONTO STENOGRAFICO

Presidenza del vice presidente ROSSOMANDO

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 16,36*).

Si dia lettura del processo verbale.

TOSATO, *segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta dell'8 aprile.

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.

Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati

PRESIDENTE. Comunico che in data 8 aprile 2021 è stato trasmesso dalla Camera dei deputati il seguente disegno di legge:

«Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° marzo 2021, n. 22, recante disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri» (2172).

Discussione delle mozioni nn. 289 e 288 sull'adozione di un nuovo Piano oncologico nazionale (*ore 16,40*)

Approvazione dell'ordine del giorno G1. Ritiro delle mozioni nn. 289 e 288

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00289, presentata dalla senatrice Binetti e da altri senatori, e 1-00288, presentata dalla senatrice Boldrini e da altri senatori, sull'adozione di un nuovo Piano oncologico nazionale.

Avverto che è stato altresì presentato l'ordine del giorno G1, dei senatori Binetti, Boldrini, Castellone, Pisani Giuseppe, Pirro, Fregolent, Cantù, Zaffini, Parente, Siclari, Iori, Richetti e altri, il cui testo è in distribuzione. (*Brusio*).

Ha facoltà di parlare la senatrice Binetti per illustrare la mozione n. 289, sempre che i colleghi le consentano di farlo perché in queste condizioni non si riesce proprio a iniziare.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, signor Sottosegretario, colleghi, questo periodo, dal punto di vista della storia della medicina, passerà alle cronache come il momento in cui siamo stati capaci di introdurre una nuova classificazione: tra pazienti Covid e gli altri.

Devo dire che proprio questo riduzionismo semantico ha comportato, però, conseguenze molto gravi in quella che è la vita di moltissimi pazienti delle più diverse tipologie.

Quest'oggi, in quest'Aula, ci concentreremo sui pazienti oncologici per una ragione molto semplice, perché il Piano oncologico nazionale, come molti altri piani nazionali - vorrei sottolinearlo - è scaduto da tempo, e non c'è stata quell'attenzione e quella vigilanza che avrebbe richiesto l'attualizzarlo nella sua struttura specifica di Piano oncologico nazionale, ma anche nella sua dimensione concreta di Piano oncologico nazionale in tempi di pandemia. A mio avviso sono errori strutturali il cui prezzo più alto lo pagheranno i pazienti.

La nostra mozione in qualche modo ripercorrere queste tappe, che sono quelle tipiche per cui è stato possibile negli anni permettere che tutta l'oncologia facesse passi avanti da gigante. Concretamente, anche in Italia sono molti i centri di oncologia di assoluta eccellenza.

L'oncologia ha potuto fare passi avanti per ragioni molto chiare: la prima è che siamo stati capaci di concentrarci su *screening* precoci che hanno permesso diagnosi quando il tumore era ancora alle sue prime battute. Ebbene, quello che è accaduto in questo periodo è che c'è stato uno *stop* agli *screening* che ha rallentato se non proprio la diagnosi, perlomeno il sospetto della diagnosi. Certamente, infatti, dopo una prima diagnosi emersa dallo *screening*, si passa a un approfondimento diagnostico che richiede strumenti più sofisticati, metodiche di *imaging*, strumenti di laboratorio, indagini molto più complesse che permettono di arrivare a rispondere non solo alla domanda se il tumore c'è, ma anche alla domanda più specifica di quale tumore si tratti. Non c'è dubbio, infatti, che il terzo passaggio - quello che riguarda la terapia - è strettamente legato alla natura del tumore che abbiamo identificato.

Di tutto questo, in questo lungo anno di *lockdown*, possiamo dire che c'è stato davvero molto poco e le conseguenze di tutto ciò le pagheremo nel tempo, perché i casi che non abbiamo diagnosticato oggi esploderanno tra

qualche giorno. Avremo forse vinto la battaglia dei vaccini, cosa che ci auguriamo, ma avremo perso la battaglia su questi altri fronti.

Richiedere con insistenza e con energia un nuovo Piano oncologico nazionale significa contestualizzarlo in una situazione di grande incertezza, in cui i pazienti non vanno volentieri in ospedale, non vengono ricevuti al pronto soccorso e le file per fare un esame si sono dilatate a dismisura, anche per via delle misure di sicurezza e di precauzione. Voglio porre l'accento su una cosa: in questo momento, le file che si sono accentuate maggiormente sono proprio quelle che riguardano il Sistema sanitario nazionale, ovvero la sanità pubblica che è vanto della medicina italiana. Pertanto, il paziente con una maggiore disponibilità economica ha potuto fare riferimento a strutture private, in cui fare gli approfondimenti necessari, ma questo si è convertito in un ulteriore fattore di discriminazione tra chi può e chi non può, mentre noi riteniamo la salute un bene uguale per tutti, che va difeso nello stesso modo per tutti.

Mi avvio velocemente alla conclusione, ribadendo che dobbiamo ripartire da tutti i passaggi che abbiamo elencato, dobbiamo riprendere lo *screening* e la diagnostica differenziale, molto sofisticata e avanzata, dobbiamo rilanciare le terapie innovative, su cui abbiamo fatto investimenti, i famosi 500 milioni di euro, e su cui bisogna investire (penso ad esempio alle terapie monoclonali). Occorre poi restituire a questi pazienti quella dimensione di fase riabilitativa, che li restituisce *ad integrum*, ovvero alla loro vita normale. Tutto questo è venuto meno e di tutto questo siamo responsabili anche noi. A tutto questo dobbiamo mettere un freno e dobbiamo ripartire nel miglior modo possibile. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Boldrini per illustrare la mozione n. 288.

BOLDRINI (*PD*). Signor Presidente, colleghi senatori, oggi abbiamo un'opportunità importante. Illustrerò dunque la mozione di cui sono prima firmataria, che avevo presentato nel novembre dello scorso anno, quando sapevamo che il tema dei pazienti non affetti primariamente da Covid purtroppo sarebbe rimasto indietro. I pazienti con problemi di tipo oncologico sono quelli che prioritariamente, rispetto a tutti gli altri hanno problematiche importantissime, che sono anche quelle della temporalità della presa in carico. Purtroppo i decessi registrati in Italia durante la pandemia da Covid-19 hanno visto tra le concause più frequenti proprio la diagnosi di cancro, rispetto a tutte le altre. Per questo motivo sia io che la collega Binetti abbiamo presentato rispettivamente due mozioni ed io intendo ringraziarla per la collaborazione che abbiamo realizzato in Commissione nella trattazione di questo tema. (*Brusio*).

PRESIDENTE. Colleghi, è complicato riuscire ad ascoltare gli interventi. Sto guardando un lato dell'emiciclo, che in questo momento è il più rumoroso, ma il mio invito è rivolto a tutti, perché dovranno intervenire colleghi di tutti i Gruppi e, in modo equanime, non si riesce a sentire l'oratore. Quindi prego i colleghi di abbassare il volume della voce e ricordo loro che

non è obbligatorio essere presenti. Le chiedo scusa, senatrice Boldrini, per l'interruzione.

BOLDRINI (*PD*). Signor Presidente, la ringrazio.

Come dicevo, abbiamo condiviso i passaggi su questo tema anche in Commissione, approvando un ordine del giorno unitario di tutti i membri - di ciò sono molto contenta, perché su queste tematiche riusciamo sempre ad avere uniformità di intenti - proprio perché siamo consapevoli che si tratta di un tema molto importante.

Il passaggio in Assemblea oggi con la mozione - che ritirerò per dare uno spunto molto più importante, visto il raggiungimento di un accordo con un ordine del giorno unitario di cui parlerà la collega Binetti - è importante perché rafforza gli intenti del Parlamento nei confronti del Governo. Ci siamo resi conto in effetti anche in questa emergenza che soprattutto per i malati oncologici persiste una grave e inaccettabile diseguaglianza territoriale e quindi la presa in carico dei pazienti, anche in questo caso, purtroppo non è omogenea. Questo è il motivo per cui anche oggi noi tratteremo un tema così importante: la mancata integrazione, di cui purtroppo ci rendiamo conto, tra ospedale e territorio rappresenta ancora oggi uno dei più grandi *deficit* organizzativi del Servizio sanitario nazionale. Dico questo perché è necessario che ci sia un piano nazionale unico; anche l'Europa sta predisponendo un piano unico oncologico. Pertanto porre oggi tale tema all'attenzione della nostra discussione è importantissimo; in tal modo infatti i professionisti potranno avere dei riferimenti e delle linee guida importanti.

Sappiamo che gli strumenti per poter attuare le linee guida sono essenziali e fondamentali. Il fatto di avere a disposizione degli strumenti, anche delle linee guida, è importante perché consente di attuare la presa in carico dei pazienti, adottando iniziative che possano potenziare l'assistenza oncologica, in particolar modo domiciliare. Sappiamo che durante l'emergenza Covid l'assistenza domiciliare è stata penalizzata, spesso purtroppo anche per mancanza di personale, e noi poniamo attenzione anche a tale fatto. Parallelamente dobbiamo attuare altri protocolli che possano dare un aiuto importante anche ai nostri professionisti. Ritengo non meno importante, come sottolineo sempre, l'adozione di iniziative volte a garantire anche il sostegno psicologico, così come previsto nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) soprattutto ai malati oncologici.

Il tema quindi che noi trattiamo oggi in maniera unitaria è fondamentale perché rafforziamo ancor di più il sistema per i professionisti che ne hanno necessità, ma soprattutto per i nostri malati che stanno attendendo che ci siano delle indicazioni particolari omogenee per tutto il territorio nazionale.

Dichiaro quindi sin da ora che ritirerò la mia mozione per farla confluire in un ordine del giorno unitario. Ringrazio tutti i colleghi che hanno voluto collaborare partendo dalle due mozioni presentate. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Binetti per illustrare l'ordine del giorno G1.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, abbiamo voluto che gli impegni contenuti nelle nostre mozioni convergessero in un unico strumento affinché esso potesse avere la forza di incidere proprio a livello governativo. Ci auguriamo che questo lungo lavoro fatto tra di noi per cercare il punto di vista unitario, attraverso il confronto che c'è stato, pesando la responsabilità che ad ognuno degli impegni viene legata affinché si garantisca un diritto reale da parte dei pazienti... (*Brusio*).

PRESIDENTE. Le chiedo scusa, senatrice Binetti; colleghi, il rumore arriva proprio dalla parte dell'emiciclo dalla quale la senatrice sta cercando di illustrare l'ordine del giorno. Vi chiedo di allontanarvi, di spostarvi e di discutere da un'altra parte perché quella è l'unica da cui arriva il brusio che copre le parole della senatrice.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, voglio ripartire da questo punto. Noi sappiamo bene che un ordine del giorno è uno strumento debole sotto il profilo normativo, ma la sua forza è strettamente legata alla compattezza dell'intera Commissione che lo ha sottoscritto e direi anche, come ci auguriamo, dell'intera Aula del Senato che lo voterà.

La forza del documento risiede nel fatto che tutto il Senato si schiera dalla parte dei malati oncologici, ne riprende e ne pone in *pole position* il diritto alla cura, prima il diritto alla diagnosi, poi il diritto ad essere integrato in un progetto fortemente personalizzato, che risponda anche all'evoluzione della scienza e della tecnica. Ma la forza dell'intero Senato non potrà giustificare nessuna elusione di responsabilità. Per fare un esempio, signora Presidente e dirlo ai colleghi, uno dei passaggi è quello per cui noi chiediamo la piena attuazione di una legge che abbiamo approvato due anni fa. Il 20 aprile 2019 è entrata in vigore la legge recante disciplina e istituzione della rete nazionale dei registri dei tumori; ebbene, quella legge è ancora inattuata e oggi potrebbe risultare invece preziosissima per riorientare il lavoro, anche nella direzione suggerita dalla collega Boldrini, cioè quella di ridurre le discriminazioni sul piano nazionale: offrire a tutti i malati gli stessi diritti, lo stesso accesso alla diagnosi, lo stesso accesso alla terapia e lo stesso accesso a una riabilitazione sociale. Un piano nazionale è fondamentale: due anni fa il Parlamento ha approvato una legge che però non è operativa.

L'ordine del giorno presentato oggi intende "graffiare" questo anonimato delle richieste che, anche se approvate, cadono in sacco vuoto. Se, come ci auguriamo, l'atto di indirizzo riceverà parere favorevole, noi siamo tutti impegnati e l'intera Commissione, nell'arco di quel che resta di questa legislatura, si batterà perché ognuno di questi impegni che abbiamo sottoposto al Governo abbia forza normativa prima di tutto per il Ministero, per il Governo e per tutti.

Noi abbiamo fatto la nostra parte, abbiamo superato le nostre diversità di opinioni, i nostri gusti personali, le priorità con cui si potevano segnare una cosa e l'altra; abbiamo deciso che veramente uniti si poteva vincere questa battaglia. È una sfida che assumiamo come un valore straordinario, a garanzia dei diritti dei malati, in particolare oggi dei malati oncologici.

Signor Presidente, rappresentanti del Governo, io credo tuttavia che tutti noi portiamo sulla nostra pelle lo stigma della malattia oncologica, o perché in molti casi ha colpito noi stessi o una persona cara, o perché ha colpito o potrebbe colpire qualcuno che ci è molto vicino. Questi malati ci guardano negli occhi e ci chiedono con quale coraggio possiamo dimenticarci di loro, di quella che molte volte è stata soprannominata la malattia del secolo.

Oggi l'oncologia rappresenta una miniera d'informazioni scientifiche, di possibilità di sperimentazione. Vorrei dire una cosa che ritengo sarà abbastanza interessante anche dopo, quando si discuterà la mozione sui vaccini. Il miracolo - perché tale è stato definito - del vaccino, concretamente di quelli di Pfizer e Moderna, è stato possibile perché quel gruppo di studiosi stava studiando meccanismi di azione e terapeutici che riguardavano i tumori; stavano studiando le terapie monoclonali, gli anticorpi monoclonali e hanno avuto l'intuizione di applicare al *virus* un meccanismo di studio che fino a quel momento era stato dedicato al tumore. La scienza ha questa potenza traslazionale che garantisce a tutti che il diritto alla salute non sia solo una semplice parola, ma sia un fatto concreto che impegna tutti noi davvero a garanzia di un bene straordinario, di un diritto straordinario. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Senatrice Binetti, le chiedo se anche lei intende ritirare la sua mozione.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, era in premessa, mi dispiace di non averlo detto. Ritiro la mozione perché la forza dell'unità dell'ordine del giorno supera qualunque plausibilità delle singole mozioni.

PRESIDENTE. Era implicito anche nelle sue sottolineature.

Prendo atto che, in relazione all'avvenuta presentazione dell'ordine del giorno unitario G1, sono state ritirate le mozioni nn. 289 e 288.

Dichiaro aperta la discussione.

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

IORI (*PD*). Signor Presidente, cari colleghi, care colleghe, in questo anno e mezzo molte persone hanno dovuto fare i conti con le ripercussioni della pandemia sul Sistema sanitario, con interventi chirurgici rinviati, esami e visite specialistiche cancellati, reparti ospedalieri che non hanno potuto far fronte alla normale attività quotidiana. Si tratta di una sorta di epidemia nell'epidemia, che ha coinvolto migliaia di pazienti che hanno contratto neoplasie, malattie oncologiche proprio nell'anno più drammatico che la sanità abbia dovuto affrontare.

I recenti dati diffusi da Agenas indicano la dimensione di questo dramma. Nel corso della pandemia, sono andati perduti 52 milioni di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche, quindi si tratta di un calo del 30 per cento. In Italia, durante questo ultimo anno e mezzo, sono stati effettuati il 22 per cento in meno di interventi per il cancro al seno, il 24 per cento in meno di interventi per il cancro alla prostata e il 32 per cento in meno per il cancro al colon. In Lombardia, una delle Regioni più colpite, ma anche una

delle Regioni che ha i centri migliori per i tumori, i numeri sono ancora più gravi e questo fa riflettere. L'epidemia di Covid ha messo a dura prova la capacità di risposta e di resilienza dei sistemi sanitari a livello regionale, mettendo a rischio il lavoro di prevenzione e controllo dei tumori, che è lo strumento primo che abbiamo a disposizione per combatterli. In questo quadro, le disuguaglianze si sono allargate, creando un solco sempre più profondo tra le persone abbienti o con un più alto livello di istruzione, che hanno potuto ricorrere alla sanità privata, e i più fragili, che non hanno potuto accedere ai percorsi di *screening* pubblici. Si tratta di un fatto grave, con cui dovremo fare i conti, perché si tratta di un *vulnus* che mi auguro sarà sanato con la nuova ripresa impressa al piano vaccinale. Il primo obiettivo, dunque, è mettere in campo una strategia per ripristinare in tempi rapidi quantomeno il livello di assistenza per i malati oncologici garantito prima della pandemia, perché il Covid è arrivato come uno *tsunami* su un sistema che mostrava già delle carenze strutturali e dei ritardi nell'adeguamento tecnologico del Servizio sanitario nazionale in ambito oncologico. Un sistema in cui vi sono enormi differenze territoriali, differenze che l'epidemia non ha fatto che ampliare. Pensiamo, ad esempio, alla telemedicina, che sarà una delle chiavi della sanità del futuro, il cui sviluppo è legato alla digitalizzazione dei servizi e alla diffusione dell'innovazione. Proprio la telemedicina offre infatti la cifra della grande variabilità territoriale anche nell'ambito del servizio sanitario regionale.

Nei prossimi mesi, dunque, dovremo compiere il massimo sforzo per ridare speranza ai vulnerabili e in particolare per quanto riguarda i pazienti oncologici bisognerà agire in fretta, intervenire subito. Dobbiamo quindi perseguire questo impegno comune, ovvero migliorare l'assistenza dei malati oncologici attraverso un nuovo Piano nazionale che preveda il potenziamento delle reti territoriali, la promozione degli *screening*, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, la modernizzazione della dotazione strumentale e tecnologica per gli *screening* diagnostici, per le attività chirurgiche, per la radioterapia; il potenziamento della sanità digitale, gli investimenti nella ricerca per il sostegno psicologico ai malati oncologici, come previsto dai LEA. Non dimentichiamo che questi pazienti e le loro famiglie, oltre che delle cure sanitarie, hanno bisogno di un supporto emotivo costante, che contenga anche il dolore dell'anima e la fragilità di dover affrontare una malattia che mette a rischio la vita e prevede terapie dolorose da tutti i punti di vista.

Occorre quindi investire sull'assistenza territoriale, perché solo un'idea comunitaria di sanità riuscirà a garantire a tutte le persone di affrontare la malattia oncologica con percorsi che tengano conto dei loro bisogni di salute. (*Applausi*).

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

MARIN (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, non si capisce come mai le preoccupazioni e le virtù siano esplose solamente dopo una pandemia che non perdona. Oggi siamo qui a discutere la mozione sull'adozione di un nuovo piano oncologico, scaduto già nel 2016, pubblicato nel 2013 ed ela-

borato almeno cinque anni prima: è paradossale. Lo stesso è accaduto per il piano pandemico e chissà per quante altre gravi patologie. Eppure, i pazienti oncologici devono poter beneficiare di ogni possibile strumento, così come i pazienti affetti da altre patologie.

Ora ci si fa paladini di iniziative che avrebbero dovuto essere attuate ed elaborate prima della data di scadenza e non, come in questo caso, cinque anni dopo. Ora si scopre addirittura che i pazienti oncologici e i pazienti con altre gravissime cronicità, oltre al problema per la sopravvivenza, hanno anche altri due gravi problemi: quello economico - e non voglio nemmeno pensare che ci sia qualcuno che abbia dei dubbi al riguardo - e quello psicologico che, intuitivamente, esordisce in concomitanza alla diagnosi. Sapete: il primo pensiero che scatta alle giovani madri colpite da questo flagello è il seguente: se non dovessi farcela, chi si prenderà cura del mio bambino? Vi parlo ovviamente per esperienza personale.

Esiste anche un terzo problema che sembra sempre sfuggire, quello psichiatrico, quello delle allucinazioni uditive, visive e sensoriali, perché il tumore non è un fattore protettivo per la schizofrenia o per gli altri disturbi mentali. Anche i pazienti psichiatrici si ammalano di cancro. Quindi, cerchiamo di uscire dai muri ideologici e rendiamoci consapevoli di questa realtà, di tutte le conseguenze derivate e dei limiti imposti.

È chiaro che sono stati commessi gravissimi errori. Detto ciò, preferisco guardare al futuro. Abbiamo un intero Sistema sanitario da risollevare e da sviluppare in funzione dei progressi tecnologici e scientifici, adottando e promuovendo nuovi modelli, stanziando risorse necessarie per incentivare iniziative strategiche che vadano oltre il modello animale, dove il povero topino e altre creature hanno già dato tutto ciò che potevano dare. Si deve cambiare paradigma; se non si adottano avanzati protocolli di calcolo ad alta prestazione, ponendo le basi per una ricerca innovativa e proficua, si continuerà a inciampare sullo stesso gradino. Nel settore di astrofisica - per esempio - nel cui ambito gli scienziati non hanno nemmeno il materiale da manipolare e possono osservare solo attraverso una lente, a milioni di anni luce, la straordinaria e creativa intelligenza umana era già su Marte prima ancora di partire.

In tal senso, vi dirò con grande orgoglio che nella mia virtuosa Regione una *startup* creata da tre giovanissime eccellenze ha messo al servizio della diagnosi precoce la propria scienza ingegneristica, dal Polo tecnologico al Centro di riferimento oncologico di Aviano, in provincia di Pordenone, creando un *software* composto da algoritmi in grado di interpretare in modo oggettivo i tumori ovarici. In questa innovativa e attuale direzione si sta muovendo la Scuola internazionale superiore di studi avanzati di Trieste (SISSA). Magia? No: espandere e scoprire i nuovi mondi, micro e macro, dal pianeta alla proteina, richiede intuizione ed eccellente competenza.

Auspico quindi che questa mozione sia solo una *ouverture* alla consapevolezza che tutti noi dobbiamo avere per agire tutti insieme, di concerto e in sintonia, così come è possibile fare oggi. Grazie per l'attenzione colleghi. (*Applausi*).

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

MAUTONE (M5S). Signor Presidente, membri del Governo, onorevoli colleghi e colleghe, la lotta al cancro rappresenta uno degli obiettivi più audaci e stimolanti per il mondo intero, per l'Europa e per il nostro Paese.

La ricerca, la diagnosi precoce, i programmi di *screening* diagnostici, il miglioramento dell'approccio multidisciplinare di alta specialità, la disponibilità e la diffusione delle nuove terapie come quelle con cellule Car-T, l'identificazione di strutture adeguate con la presenza di personale altamente specializzato e gli opportuni percorsi di *follow-up* per i malati di cancro devono rappresentare una necessità e un obbligo delle istituzioni nei confronti dei cittadini.

L'obiettivo della missione europea con il nuovo piano oncologico è ben rappresentato dallo *slogan* «*Cancer: mission possible*», il cui obiettivo è salvare, entro il 2030, 3 milioni di vite umane.

La grave crisi globale che la pandemia comportato ha avuto importanti e potremmo dire drammatiche ripercussioni su tutta l'assistenza sanitaria, coinvolgendo tutte le patologie che potremmo definire no-Covid, con particolare riguardo alla patologia neoplastica. Risorse economiche importanti non più disponibili, riorganizzazioni strutturali e di personale, la necessità di riconvertire l'utilizzo e la destinazione di intere unità operative ospedaliere dirottate verso la patologia Covid hanno comportato e comportano gravi conseguenze negative sui programmi di prevenzione, assistenza e *follow-up* dei pazienti con altre patologie, in particolare quelli con tumore. Diagnosi, interventi e cure ritardate in molti centri oncologici hanno purtroppo rappresentato quasi la *routine* durante questa terribile pandemia. Si è ridotto il numero di interventi chirurgici, così come - d'altronde - molte sedute di chemio e radioterapia sono state rinviate. Queste affermazioni scaturiscono da dati oggettivi facilmente recuperabili e drammaticamente sono divenute quasi una *routine* nelle nostre strutture sanitarie (anche in quelle di eccellenza).

L'incidenza e il peso della grave situazione che stiamo vivendo hanno stravolto l'organizzazione di molti ospedali e dei loro centri oncologici, soprattutto nei Paesi e nelle Regioni economicamente più deboli, in cui la situazione sanitaria sia organizzativa, che strutturale pre-pandemia era già molto carente e nei quali il SARS-CoV-2 ha letteralmente stravolto la loro debole rete oncologica, la cui sopravvivenza, indispensabile anche per il *follow-up* successivo dei pazienti seguiti, si reggeva spesso sui mille sacrifici e sulla lodevole abnegazione dei tanti operatori sanitari. Proprio questi ultimi sono stati spesso trasferiti nelle reparti Covid dedicati, distogliendo una risorsa importante dai difficili equilibri esistenti nei reparti di oncologia.

Ad aggravare ulteriormente la situazione si aggiunge che una parte importante delle risorse economiche disponibili è stata dirottata verso l'emergenza sanitaria pandemica, con tagli cospicui ai finanziamenti e riduzione dei posti letto e del personale, fino alla chiusura di interi reparti e alla loro riconversione.

È stato già detto che - come era logico supporre - i Paesi e le Regioni a basso reddito pagano per tutto ciò il prezzo più alto in termini di qualità di assistenza e di quantità delle prestazioni erogate e, purtroppo, di vite umane. La pandemia ha reso più difficile ottenere cure di qualità e di continuità assistenziale non solo nel campo della patologia oncologica.

Da qui la necessità di provvedere con urgenza a un nuovo Piano oncologico nazionale coordinato al piano europeo. Esso deve porre al centro della programmazione le reti oncologiche regionali, collegate alla più vasta rete nazionale, con una vera e propria cabina di regia e di monitoraggio specifica per l'oncologia. Occorre potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale nell'ottica di ridurre il numero degli accessi alle strutture ospedaliere, nonché facilitare un *follow-up* più attento e meno traumatizzante, con un accesso semplificato per i pazienti alle forme di riabilitazione socio-sanitaria che consenta loro un inserimento tempestivo nella vita sociale e professionale; tutto ciò senza dimenticare un nuovo impulso ai programmi di *screening* diagnostici.

Signor Presidente, sarà importante dare un nuovo *input* e una corretta attenzione alle misure che l'istituzione del registro nazionale dei tumori, approvato da questo Parlamento, ha reso non più differibili e procrastinabili. La pandemia ha reso tutto oggettivamente più difficile, ma non per questo impossibile. È indispensabile, pertanto, fare un'attenta riflessione sui dati e programmare il nuovo Piano oncologico nazionale. Dobbiamo tenere assolutamente presente che non è tutto Covid e che non vi è solo il Covid. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

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, sarò molto breve, a dispetto del numero di pagine che mi sono state fornite dal Ministero. Devo ringraziare tutti voi per le mozioni, *in primis*, e per l'ordine del giorno che avete presentato. Purtroppo mi trovo a rivivere qualcosa che non è lontano dal piano pandemico. Così come avevamo un piano pandemico molto vecchio, aggiornato, riaggiornato, pubblicato - è un qualcosa che era previsto per l'influenza - per quanto riguarda l'oncologia - e ringrazio la senatrice Binetti - siamo fermi a 2011, con una proroga fino al 2016; e dal 2016 ad oggi, per quanto io possa aver studiato e cercato, non ho trovato nulla fino al 2019. O meglio, vi è una bozza che non ha mai completato l'*iter* necessario per diventare un documento tecnico di indirizzo finalizzato a ridurre il carico di malattia del cancro.

Quindi, posso solamente dire due cose. La prima è chiedere scusa e chiedo scusa a nome del Ministero. Anche se sia io che il ministro Roberto Speranza siamo lì da poco tempo, sono doverose delle scuse per ognuno di voi e per ogni italiano per gli anni di ritardo. 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. Se

leggo ciò che mi è stato scritto, ossia «tenuto conto del progredire delle conoscenze scientifiche in materia di oncologia e degli strumenti resi disponibili», faccio fatica a pensare che servano cinque anni per scrivere un documento. In tale lasso di tempo di cose ne cambiano così tante, soprattutto in oncologia - e ve lo dice un chirurgo che si occupa di oncologia - e francamente non è possibile.

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 (*Applausi*). Così come ve lo assicuro su un altro documento - mi rivolgo alla senatrice Castellone, prima firmataria della rete nazionale del registro tumori - che sebbene sia diventato legge ormai da molti mesi, siamo ancora in attesa dei decreti attuativi: anche su questo vi sarà il mio massimo impegno. (*Applausi*). Ho fatto un conto molto semplice: noi qui siamo 315 senatori e ognuno di noi nel proprio collegio, ogni anno, ha almeno 1.200-1.300 persone colpite da cancro e la metà di esse muore. E ripeto ogni anno. Quindi, dobbiamo farlo per loro e anche per noi, perché nessuno di noi è esente dal cancro, purtroppo. 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. (*Applausi*).

Esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno G1.

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, un'indagine compiuta a livello globale su centri oncologici dice che appena il 12 per cento è riuscito a mantenere i livelli di cura pre-pandemia. In Italia, nel 2020, si sono persi migliaia di esami diagnostici e si è registrato un meno 17 per cento di interventi chirurgici e un meno 14 per cento di ricoveri.

Con i ritardi accumulati dallo *screening* di massa al seno, che è il principale strumento di prevenzione nella relativa patologia, in questi mesi ci siamo purtroppo persi per strada 2.800 tumori. Tutto questo, nella migliore delle ipotesi, si tradurrà in cure più invasive e più costose e dico nella migliore delle ipotesi, perché c'è il rischio che molte malate non scoprano il tumore per via della stretta affinità tra l'identikit del malato medio e i soggetti più esposti all'attuale crisi economica.

La pandemia si è portata via un pezzo della nostra sanità e, nel farlo, ha esposto al pericolo soprattutto i pazienti più deboli e, in particolare, gli oncologici. Dati alla mano, un paziente oncologico che si ammala di Covid raddoppia le proprie criticità di salute.

Occorre quindi garantire in tutto il territorio nazionale un rapido ritorno alla normalità sul fronte degli *screening*, delle visite, degli interventi e delle terapie. In questi mesi, in particolare in alcune Regioni, l'unica possibilità per visite post-operatorie è stata offerta dagli ambulatori e dalle strutture private e questo anche perché non si è fatto tutto il necessario per sviluppare - per esempio - la telemedicina e le reti territoriali di assistenza. Ancora oggi in Italia abbiamo difficoltà a introdurre le televisite, quando in altri Paesi si è già livello 2 della sanità a distanza, ossia il telemonitoraggio dei valori dei pazienti che presentano malattie croniche. È ovvio che certamente con la telemedicina non si può sostituire il rapporto medico-paziente, ma può essere di grande aiuto.

Sulla medicina generale la pandemia ci ha mostrato quanto siano strategici un suo reale potenziamento e miglioramento, nell'idea che la salute non passi solo dai centri specializzati in eccellenza; anzi, la riconsiderazione e il rilancio della medicina generale è di primaria importanza per garantire l'assistenza alle fasce più deboli, agli anziani e a coloro che vedono nel medico di famiglia un punto di riferimento.

Da questo punto di vista bisogna però riflettere, una volta per tutte, su quale è oggi nel 2021 la missione principale dei medici di assistenza primaria. Si tratta di una professione che negli anni è stata sovraccaricata di compiti che si sono stratificati (la diagnosi, la cura, la prevenzione, le vaccinazioni, una montagna di burocrazia), che rischiano di rendere meno efficace o addirittura di paralizzare un servizio che dovrebbe essere invece il perno della sanità territoriale. Allo stesso modo, è arrivata l'ora di integrare realmente l'attività della medicina generale - quindi i medici di famiglia - con gli specialisti ospedalieri, con le professioni sanitarie - penso, in particolare, agli infermieri - per creare quelle aggregazioni sanitarie territoriali veramente innovative, che sappiano diventare il reale filtro e la prima risposta efficace ai bisogni sanitari della popolazione, soprattutto dei malati oncologici. Tutto questo è ancora più vero e necessario nelle aree interne, soprattutto nelle zone di montagna.

Tornando a ciò che viene richiesto con la mozione in esame, adottare un Piano oncologico nazionale significa soprattutto farsi carico, non del paziente, ma della persona. Il percorso per la guarigione richiede tempo e sacrifici. La maggior parte dei malati, infatti, capisce presto che si tratta di una malattia con la quale si convive o, meglio, che la si sconfigge non rinunciando completamente alla propria esistenza. Non a caso, sempre di più i malati oncologici riescono a coniugare lavoro e terapie, se l'ambiente di lavoro e il contesto che li circonda permettono loro di combinare con adeguata flessibilità e ragionevoli aggiustamenti tempi di lavoro e cura.

Vorrei spendere ancora una parola su un tema a me molto caro, quello della prevenzione primaria, che anche in campo oncologico assume un'importanza strategica: una corretta alimentazione, stili di vita sani, un'adeguata e costante attività fisica contribuiscono a evitare l'insorgenza di tante patologie oncologiche. Sappiamo poi come azioni di prevenzione secondaria come l'attività fisica e l'allenamento sportivo costante possano addirittura essere efficaci quanto una chemioterapia, ad esempio in certi tumori della mammella. Allora è strategico definire come attuare in modo più effi-

cace possibile un grande piano di prevenzione per tutta la popolazione, che coinvolga tutti gli operatori sanitari del territorio e dell'ospedale. Così come è importante, per via anche dell'abbassamento dell'età media di malati, farsi carico di quei pazienti che sono in condizioni di precarietà lavorativa, perché l'incertezza non aiuta di certo i percorsi di guarigione. È dunque importante implementare modelli di *welfare* capaci di creare sinergie fra sanità, previdenza, terzo settore e mercato del lavoro, affinché si generino contesti adeguati ai malati oncologici.

Per concludere, è importante farlo adesso: la pandemia ha mostrato limiti e necessita di un Sistema sanitario da rafforzare attorno ai principi dell'universalità delle cure e della prossimità con tutti i cittadini, a cominciare dai più fragili e dai più bisognosi.

Annuncio pertanto il voto favorevole del Gruppo Per le Autonomie sull'ordine del giorno comune che è stato presentato. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PARENTE (*IV-PSI*). Signor Presidente, esprimo anzitutto la nostra gratitudine in particolare alle senatrici Binetti e Boldrini che avevano già proposto un testo sui malati oncologici in 12ª Commissione, dove abbiamo approvato una risoluzione molto importante. Nell'ordine del giorno in esame si propone un nuovo Piano oncologico nazionale, con reti regionali. E ciò è ancora più importante dopo la terribile epidemia che ci ha colpito e in contemporanea a questa terribile epidemia. Mi hanno molto colpito le parole di scusa del sottosegretario Sileri: quando un Piano oncologico non si rinnova dal 2016, bisogna chiedere scusa di fronte alla Nazione. Ho apprezzato molto le sue parole, con lo spirito di verità che spesso contraddistingue il Sottosegretario. Siamo tutti impegnati, il Governo per primo, per avere un nuovo Piano oncologico nazionale, in sinergia con quello europeo che si sta rinnovando.

Forse, se dal 2016 avessimo rinnovato il Piano oncologico nazionale nella direzione assunta da questo ordine del giorno, dalla protezione delle cure domiciliari e territoriali allo sviluppo delle cure domiciliari e alla telemedicina, non avremmo avuto l'unica possibilità di andare in ospedale quando siamo pazienti oncologici e quindi probabilmente non avremmo abbandonato le cure di quei pazienti. Purtroppo la natura fa andare avanti le altre malattie - non solo queste - anche quelle cardiopatiche e altre che sono state trascurate. Naturalmente le scuse più grandi vanno in questa direzione, dal momento che abbiamo trascurato e ancora trascuriamo i malati di altre patologie rispetto alla terribile epidemia in atto.

Sono importanti la telemedicina e il rinnovamento del parco tecnologico e della strumentazione, dalla radioterapia ad altri strumenti. Bisogna rinnovarli, perché la tecnologia va avanti e ci sono macchine diverse che curano meglio i pazienti. Bisogna assolutamente andare in tale direzione. Ci sarà il *recovery plan*, che anche su questo ha dei progetti specifici; spero che il Governo ponga attenzione al tema, anche dal punto di vista dello stanziamento.

mento di risorse. Noi dovremmo arrivare se non alla guarigione - naturalmente l'auspichiamo per tanti pazienti - almeno alla cronicizzazione del malato oncologico, e questo si fa attraverso la diagnosi precoce. Quanti *screening* stiamo perdendo in questa fase di epidemia non diagnosticando precocemente un tumore?

Occorrono una diagnosi precoce, le cure, le terapie innovative - come ha detto molto bene la senatrice Binetti - per avere più possibilità di sopravvivenza e di cronicizzazione della terribile malattia, che una volta era definita la malattia del secolo. Ora, però, con questo virus, siamo stati invasi da una epidemia terribile.

Il senatore Laniece ricordava la prevenzione primaria: con gli stili di vita e con le informazioni, a partire dalle scuole, possiamo prevenire la terribile malattia del cancro, che, per le sue tipologie diverse, invade differenti zone del nostro corpo. Dobbiamo insistere molto di più, quindi, sulla prevenzione primaria e questo ce l'ha insegnato anche la terribile epidemia. Sappiamo che l'obesità e il diabete sono problematiche che possono aggravare anche il Covid-19 ed è un insegnamento che dobbiamo sempre tenere presente.

In conclusione, annuncio il voto favorevole, ancora più convinto, del Gruppo Italia Viva-P.S.I. sull'ordine del giorno G1, proprio perché il Governo, nella persona del Sottosegretario, si è impegnato a rinnovare entro giugno il Piano oncologico e a dare corso al nostro ordine del giorno unitario, sottoscritto da tutte le forze politiche in Parlamento. Il Sottosegretario ha anche aggiunto una cosa importantissima sui decreti attuativi del registro tumori: in sostanza, dobbiamo ripristinare un circolo virtuoso tra una legge acquisita e i decreti attuativi, che poi spetta al Governo emanare. Troppe sono le lungaggini in questo Paese, e poi ci troviamo con un'epidemia di certe dimensioni e siamo assolutamente impreparati.

È molto importante l'ordine del giorno unitario in esame. È fondamentale l'intervento del Governo e siamo tutti impegnati per l'attuazione in tempi brevi di tale ordine del giorno, che ci accingiamo a votare unitariamente. (*Applausi*).

ZAFFINI (*Fdl*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZAFFINI (*Fdl*). Signor Presidente, colleghi, credo che l'intervento si potrebbe riepilogare in una semplice manifestazione di gioia per il fatto di essere favorevoli tutti, l'intero emiciclo del Senato, su un provvedimento così importante e fondamentale.

Consentitemi, però, una piccola digressione politica. La settimana scorsa abbiamo condiviso un documento che sostanzialmente chiedeva al Ministro, al Ministero e a tutto il "cucuzzaro" (quindi Istituto superiore di sanità, Consiglio superiore di sanità, Aifa e chi più ne ha più ne metta) di aggiornare un protocollo per le terapie domiciliari fermo al novembre dello scorso anno, sulla vicenda Covid-19. Io dissi che era assolutamente paradossale che l'Assemblea del Senato si dovesse sostituire, in una sorta di clo-

nazione, all'attività che avrebbero dovuto esperire il Ministro, come vertice della piramide, e il Ministero nella sua interezza, per aggiornare i protocolli e aderire a una realtà, che è quella dell'emergenza pandemica, che riempie tutti i giorni la vita quotidiana degli italiani.

Oggi sostanzialmente ci troviamo a fare una cosa del tutto analoga: per iniziativa della collega Binetti, ma complessivamente a seguito del dibattito che abbiamo svolto in Commissione, ci troviamo a dover sollecitare l'elaborazione di un Piano nazionale dell'oncologia fermo dal 2016. Verosimilmente - come è stato descritto nelle premesse - questo piano sarà stato elaborato, conoscendo i tempi, almeno nei mesi precedenti, se non negli anni precedenti. Quindi, ci troviamo ad affrontare una realtà sulla materia oncologica, rispetto alla quale - come ha detto perfettamente il rappresentante del Governo - quotidianamente intervengono progressi della comunità scientifica assolutamente fondamentali, e a dover operare e sollecitare un piano che giace da sei-sette anni: davvero del tutto incomprensibile! A tutto questo si aggiungono le gravi circostanze che hanno imposto di accantonare tutta l'azione di *screening*, di trattamento e di controllo, e cioè i vari meccanismi di *follow-up* dei malati oncologici.

Ad oggi abbiamo sospeso oltre 2 milioni di prestazioni in *follow-up*; abbiamo sospeso un numero rilevantissimo di interventi chirurgici nel contrasto delle patologie oncologiche e soprattutto gran parte dei modelli di *screening* che erano attivati sul territorio. Di tutto questo oggi l'Assemblea nel suo complesso avverte la grande urgenza.

Voglio anche manifestare riconoscenza all'onestà intellettuale - non vedo altro termine - e alla sincerità del rappresentante del Governo, il collega Sileri, con il quale abbiamo messo a frutto il periodo importante di collaborazione che abbiamo avuto durante la sua Presidenza della Commissione sanità. Potremmo dire che, a forza di frequentarci, è diventato più bravo. In questa circostanza, al di là della battuta, siamo ben felici di poter oggi essere gratificati da un atteggiamento serio davanti alla gravità delle circostanze e delle patologie raccontate nell'atto in esame, che tutti conosciamo: chi non ha avuto o non ha probabilmente oggi, nella propria famiglia, nella propria cerchia di amici, un malato oncologico. Ecco, di fronte alla serietà di questi passaggi è assolutamente importante mettere da parte il politichese come anche il gioco delle parti e, semplicemente, manifestare grande unità di intenti. A questo scopo sono prima di tutto assolutamente disponibile, perché come opposizione abbiamo consegnato alla collega Binetti importanti osservazioni che sono state accolte nel testo dell'ordine del giorno. Ma, soprattutto, sono rasserenato dall'atteggiamento del sottosegretario Sileri. Sono convinto, infatti, che sarà lui il primo a pretendere che, dentro quel palazzone, ognuno faccia la propria parte.

Riguardo a quest'ultima circostanza, sono anche ben felice di avere indicato alla collega Binetti le vicende legate al registro tumori. Abbiamo approvato una legge già dal 2019; il registro è ancora sulla carta perché mancano i decreti attuativi. D'altra parte, sappiamo che quello dei decreti attuativi è un tema che incombe su ogni provvedimento che licenzia il Parlamento; ci sono provvedimenti attuativi che ritardano da anni, anche nell'emergenza sismica come nell'emergenza pandemica. Quindi, anche laddove

esistano momenti di emergenza seria e vera, acclarata, conclamata, i provvedimenti attuativi tardano ad arrivare e non si capisce bene per quale motivo.

Suggerirei ai colleghi non dico una Commissione d'inchiesta, che magari su alcuni temi sarebbe anche fondata, quanto di cominciare a calendarizzare i termini per il riscontro dell'attuazione dei provvedimenti che vengono licenziati, anche al fine di valutarne l'efficacia giacché è evidente che, se licenziati, un'urgenza li richiede.

Da ultimo, signor sottosegretario Sileri, vorrei significare che, nel documento che siamo chiamati ad approvare, ci sono passaggi assolutamente importanti, come - ad esempio - quello sulla necessità di aggiornamento del parco strumentale che attiene alle terapie oncologiche, e mi riferisco in particolare all'intero parco delle attrezzature per la radioterapia oncologica. Su questa materia ci sono stati anche dei provvedimenti legislativi, che peraltro hanno circoscritto, con dubbia logica costituzionale, l'ammodernamento delle apparecchiature solo al Centro-Sud o addirittura al solo Sud, se non ricordo male. In proposito ho presentato degli atti e delle interrogazioni. Credo infatti che le apparecchiature per la radioterapia oncologica, posto anche il grande sviluppo della tecnologia che comporta minore invasività, maggiore efficacia e maggiore precisione dei trattamenti, stiano perfettamente nel quadro della missione 6 del PNRR, quella relativo all'ammodernamento delle tecnologie, della telemedicina, dei trattamenti e della digitalizzazione.

Su questo punto in particolare, signor sottosegretario Sileri, mi aspetto una particolare attenzione, perché su questo aspetto c'è molto da fare. Abbiamo infatti delle attrezzature per la terapia oncologica che a volte hanno anche vent'anni, per cui sono addirittura scaduti i contratti di manutenzione. Quindi abbiamo delle apparecchiature che, probabilmente, invece che curare, complicano ulteriormente gli effetti collaterali di una neoplasia che già di per sé è un problema serio e che il malato si "porta a spasso".

Onorevoli colleghi, da una parte sono contento e dall'altra sono basito del fatto che dobbiamo operare in sostituzione di un intero apparato che sembra occuparsi d'altro. Speriamo quindi che, almeno su quello di cui tale apparato si occupa, potremo vedere i risultati, posto che ad oggi i risultati nel contrasto all'emergenza Covid non solo non si vedono, ma siamo addirittura accreditati di un *palmarès* di record negativi che fa invidia anche alla parte in ombra del mondo, al "*dark side of the moon*". (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOLDRINI (PD). Signor Presidente, colleghi senatori, l'emergenza Covid ha messo a dura prova gli ospedali e le strutture sanitarie e alcuni malati di altre patologie, altrettanto gravi, come i malati oncologici, hanno purtroppo smesso di curarsi. La conferma è arrivata anche durante la presentazione di uno studio recentissimo dal Censis, della settimana scorsa, in cui si dice che, a causa dell'emergenza Covid, ci sono stati 46 milioni di visite

specialistiche ed esami diagnostici in meno, oltre 700.000 ricoveri in meno in medicina interna, 3 milioni in meno di *screening* oncologici, con 14.000 diagnosi di tumore in meno. Possiamo quindi aggiornare i dati, anche rispetto alle mozioni che giustamente abbiamo ritirato, per dar corso a un ordine del giorno unitario, e quindi ancora più forza all'azione del Parlamento: tutto ciò significa che i ritardi nell'esecuzione degli *screening* si traducono purtroppo in una netta riduzione non solo delle nuove diagnosi, ma anche di quelle diagnosi spia, che si fanno carico di scoprire la presenza di un tumore ancora più avanzato. E questo purtroppo è un problema.

Ricordo ancora, visto e considerato che la salute della donna ci sta molto a cuore, le circa 2.000 diagnosi in meno di tumore alla mammella. Sapendo che è altissima la percentuale di sopravvivenza nei casi di tumore alla mammella, vedremo successivamente purtroppo, alla luce di questo rallentamento, quali saranno i dati. L'andamento in questa fase peggiora, rispetto all'infezione da Covid, aumentandone in modo rilevante il tasso di mortalità. In sostanza la domanda delle prestazioni sanitarie è diminuita a causa di due fattori: la chiusura delle visite e degli *screening*, che è avvenuta anche perché i pazienti per paura di essere contagiati, ne sono rimasti fuori. Ci sarà quindi sicuramente un'onda di ritorno nel Servizio sanitario nazionale, qualcosa con cui dovremo fare i conti appena la tensione del Covid si allenterà, ciò che spero avvenga presto. Dovremo allora fare in modo che in fase più avanzata queste neoplasie vengano individuate in maniera più celere.

La pandemia è stata purtroppo un fattore di accelerazione di fenomeni già preesistenti; ricordiamo infatti che anche gli *screening* non si stanno effettuando su tutto il territorio nazionale. Devo rilevare purtroppo, ancora una volta, disomogeneità territoriale nelle Regioni, che mette in evidenza ovviamente e implacabilmente tutte le nostre fragilità strutturali.

Per questo motivo noi, nonostante l'avessimo fatto anche in Commissione, al fine di far conoscere a tutti cosa si sta facendo in Commissione Igiene e sanità, riportiamo l'argomento dopo aver approvato all'unanimità una risoluzione in occasione della XV Giornata nazionale del malato oncologico. Abbiamo accolto questa istanza anche perché in tale occasione i rappresentanti della Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (FAVO) e delle principali società scientifiche del settore - Associazione italiana di oncologia medica (AIOM), Associazione italiana di radioterapia ed oncologia (AIRO), Società italiana di chirurgia oncologica (SICO), Società italiana di psico-oncologia (SIPO) e Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) - avevano predisposto e promosso un documento programmatico condiviso per delineare una strategia per superare l'emergenza Covid e ripristinare, nel più breve tempo possibile, il livello di assistenza per i malati di cancro garantito fino all'inizio del confinamento.

Ribadisco quindi che purtroppo persiste una grave ed inaccettabile disuguaglianza territoriale con riferimento all'accesso all'assistenza oncologica. Nell'ordine del giorno unitario ci sono tantissimi punti e ringrazio il sottosegretario Sileri che ha detto che si farà carico di verificare l'attuazione del Piano oncologico nazionale; sappiamo infatti che temi importanti sono

l'attuazione dei Piani nazionali e il fatto che essi vengano fatti in maniera veloce per accelerare i tempi perché le terapie e in questo caso, purtroppo, anche il tempo sono necessari. Dobbiamo allora fare al più presto possibile.

Vorrei rilevare che si tratta di uno dei temi che sono stati tenuti in considerazione a livello internazionale ed europeo. Uno degli ambiziosi programmi dell'Horizon Europe vuole rispondere alle grandi sfide sociali a cui adattarsi e ai cambiamenti climatici e una di queste missioni è interamente dedicata propria alla lotta al cancro, ponendosi l'obiettivo, audace e stimolante, di salvare 3 milioni di vite entro il 2030. Quindi se la Commissione europea si pone tale sfida, anche noi dobbiamo farlo all'interno del nostro Paese. Queste sono le indicazioni e le linee guida che ci dà l'Europa. Credo debba esserci anche nel nostro Paese un incentivo. Stiamo dando oggi al Governo forza affinché questo venga fatto.

Diventa quindi urgente adottare questo Piano, tenendo in considerazione tutti gli aggiornamenti di cui parlava il Sottosegretario prima e sapendo che ci sono sempre delle terapie innovative che possono dare ulteriori possibilità ai malati di cancro per avere una vita più longeva, al fine di monitorare la concreta attuazione del piano (ricordo che il monitoraggio è una delle azioni che di solito è sempre collegata all'effettiva e concreta attuazione di un piano) con una attenzione specifica per l'oncologia.

Altro impegno importante presente nel documento concerne l'attuazione del cosiddetto decreto Cura Italia, che riconosce il ruolo e le funzioni della figura dell'infermiere di famiglia, che adotta iniziative per prevedere un reclutamento nazionale adeguato. Dobbiamo parlare anche di questo; abbiamo parlato di professionisti nel settore sanitario, ma dobbiamo sapere che vi è necessità di reclutare più professionisti. Infatti, al di là dei medici specializzati, abbiamo anche professioni come quella degli infermieri e abbiamo bisogno di aumentare il numero delle iscrizioni ai relativi corsi, vista e considerata la situazione sociale. Vogliamo infatti che i nostri pazienti oncologici cronicizzino perché ciò significa per loro una vita molto più lunga. Devono esserci quindi più professionisti nel settore della sanità, adottando al contempo anche iniziative che possano modernizzare la tecnologia per gli *screening* diagnostici. Prima si riesce ad individuare il tumore, prima si riesce a combatterlo e anche a sopravvivere. Questi sono quindi impegni importantissimi che noi vogliamo mettere in evidenza.

Un'altra attività importante in questo momento di emergenza Covid è continuare a facilitare anche la consegna dei farmaci a domicilio. Era già stato previsto in tanti provvedimenti sul Covid, continuiamo a farlo affinché i nostri pazienti evitino di girare; a questo punto deve girare chi è in buona salute, non chi invece ha bisogno di essere tutelato.

Questi sono tutti impegni che noi chiediamo al Governo, insieme a quello non meno importante, come ho detto anche questa mattina in un'audizione che abbiamo fatto in 12ª Commissione, del supporto psicologico. Anche da questo punto di vista, soprattutto per i malati di tumore, per persone che ne hanno bisogno per il loro benessere, bisogna cominciare a pensare che il supporto psicologico non è un di più, non è un suppellettile. Ho sentito anche associazioni, soprattutto in questo caso di oncologi che hanno pazienti che necessitano di questo sostegno e proprio oggi mi è stato

detto che la situazione non è uguale in tutta Italia: ci sono sicuramente delle *best practice* ma non dappertutto. La psiconcologia è fondamentale anche da questo punto di vista; infatti è stato scientificamente provato che potrebbe essere veramente importante se la persona nel suo insieme sta meglio anche dal punto di vista psicologico, figuratevi in un percorso dove purtroppo c'è una patologia così invadente.

Dichiaro quindi il voto favorevole del Partito Democratico sull'ordine del giorno unitario G1, per il quale ringrazio davvero tutti i colleghi, perché questa collegialità ci permette di dare molta più forza. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ERRANI (*Misto-LeU*). Signor Presidente, desidero ringraziare la senatrice Binetti e la Commissione per il lavoro fatto.

Noi condividiamo pienamente l'ordine del giorno G1 che ci apprestiamo a votare; ne approfitto per fare solo due riflessioni. Credo non possa essere una sorpresa per nessuno il fatto che la pandemia abbia avuto conseguenze pesantissime sul Sistema sanitario nazionale, che scontava limiti e problemi strutturali precedenti la pandemia stessa. Proprio sulle questioni oncologiche, dove vi sono delle sfide decisive, il nostro Paese deve assumere degli orientamenti politici chiari: non basta dire che occorre la medicina territoriale, non basta dire che occorre l'assistenza domiciliare. Bisogna dire come si vuole l'assistenza domiciliare e la medicina territoriale; se vogliamo andare nella direzione di rafforzare una *governance* del sistema integrato, e multiprofessionale attraverso i distretti e la *governance* pubblica o se invece pensiamo ad una sorta di fai da te.

Ormai la grande sfida dei farmaci innovativi, in particolare sulle terapie oncologiche, ci pone un grande tema di carattere mondiale: prima della pandemia e del Covid otto ricerche su dieci erano sostanzialmente sulle malattie oncologiche e su quelle cardiovascolari, perché qui c'è il mercato. Non è un caso che non abbiamo ancora un vaccino per l'AIDS e abbiamo solo le terapie. Ce lo vogliamo porre questo problema? Se vogliamo fare un salto di qualità, questo è un tema da cui non si può sfuggire. Una terapia oncologica innovativa costa il 2.000 per cento in più di una vecchia terapia oncologica. Come garantiamo l'universalità? Sono questioni che nel piano devono essere affrontate e dobbiamo cominciare ad affrontare anche l'altro problema, che pure dovrà fare parte del Piano, ovvero la grande questione ambientale e le conseguenze di trasformazione dell'assetto produttivo del nostro Paese, pensando prima di tutto all'area della pianura padana, dove le conseguenze sono enormi.

Non vorrei che semplicissimo, sono giorni tristi quelli nei quali si cerca di trovare un capro espiatorio, in cui ciascuno pratica lo sport più diffuso in Italia, che non è il calcio, ma è dare la colpa a qualcun altro. Questo metodo non va bene e non ci convince. Si può fare propaganda, ma non si risolvono i problemi. Per risolvere i problemi ci vuole coesione, ci vuole

una visione e bisogna essere disponibili. Ancora una volta, ribadisco che da parte nostra abbiamo chiesto già più volte non di fare un dibattito generico su come dovrebbe essere la sanità, ma di studiare una riforma vera e affrontare i nodi che abbiamo di fronte.

Se vogliamo mettere a punto un piano vaccinale serio e di qualità, che affronti il tema del rapporto con le Regioni, di una rete integrata fra Regioni e livello nazionale, è prima di tutto il Governo che deve dare esempio di coesione e deve darci una traccia strategica, perché così possiamo affrontare una discussione seria e non scaricare il barile, ma fare un salto di qualità.

Penso che abbiamo tanti problemi difficili e la risposta più sbagliata è e sarebbe semplificare senza risolvere i nodi fondamentali. Cominciamo, dunque, a discutere di tali nodi, che sono quelli che schematicamente ho cercato di tracciare. Sulla base di questo, il Governo ci dica quali sono le scelte che propone e ci consenta di fare una discussione seria, alla ricerca di quel salto di qualità che, lo ripeto, si fa solo con la coesione e con l'esempio da parte del Governo. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

STABILE (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, anche per le malattie oncologiche, come è stato ricordato un po' da tutti, durante la pandemia Covid il nostro Servizio sanitario nazionale ha evidenziato alcune sue criticità e fragilità già presenti, che si sono ovviamente pesantemente aggravate a causa dell'epidemia. Sono stati citati i dati relativi agli *screening* oncologici, quindi alla possibilità di diagnosi precoce in persone sane in quel momento o perlomeno senza sintomi: ebbene, il ritardo o la carenza di *screening*, evidentemente, ci ha fatto individuare meno tumori. Gli altri li individueremo in futuro, nei prossimi mesi e nei prossimi anni e saranno quasi certamente in uno stadio più avanzato. Quindi, anche se il virus magicamente scomparisse domani, ci porteremmo avanti queste conseguenze della pandemia ancora per diversi anni.

Oltre allo *screening*, anche la diagnosi di un tumore deve essere tempestiva. La pandemia ha fatto sì che si allungassero le liste di attesa per vari esami diagnostici necessari per diagnosticare il tumore, oppure per una valutazione preoperatoria, nel caso in cui l'esito fosse la chirurgia. Le liste d'attesa chirurgiche per tumori, anche con rischio di aggravamento in tempi relativamente brevi (uno o due mesi), si sono enormemente allungate. Anche questo ritarda la cura di questi pazienti e compromette il loro futuro, perché molto facilmente queste persone dovranno subire interventi chirurgici più invasivi, più demolitivi e alla fine più invalidanti. Questo nei casi forse meno sfortunati, perché in molti altri si rischia addirittura di non riuscire ad arrivare in tempo. Poi, c'è tutto quello che viene dopo l'intervento chirurgico, quando necessario, come la riabilitazione. In epoca Covid, i reparti di riabilitazione sono stati convertiti in reparti Covid per accogliere tali malati.

Questo è un altro elemento importante per i pazienti oncologici che è venuto meno, così come i *follow-up*, i controlli e le eventuali ulteriori cure, o il supporto psicologico e l'assistenza domiciliare quando necessaria. Tutto ciò è stato reso difficile e a volte addirittura inaccessibile dalla pandemia.

E pensare che la scienza fa continuamente progressi enormi nella terapia dei tumori, che cambia ed evolve costantemente e la medicina di precisione è sempre più personalizzata. L'importante però è che le persone riescano ad avere accesso a queste cure. L'attuale medicina permette che le patologie tumorali adesso non siano più una condanna a morte certa, perché sono diventate in sostanza patologie croniche, con cui una persona può convivere abbastanza bene, spesso con una qualità di vita buona anche per numerosi anni. Quindi, un sistema sanitario che dedica sempre più attenzione alla cronicità, vista anche la situazione demografica del nostro Paese, deve rivolgersi in modo importante alla cura e al trattamento di queste patologie.

Gli interventi a cui si fa riferimento nella mozione sono infatti di vario genere: vi è quello pianificatorio-organizzativo del Piano oncologico nazionale, vi sono i piani regionali, vi è la necessità di controllo, di monitoraggio e di coordinamento di tutto questo. Un altro versante dell'intervento, a cui avevo già accennato, è quello più propriamente medico-scientifico, cioè il potenziamento degli strumenti e il fatto di rendere accessibili le nuove terapie superando le diseguaglianze, cioè la necessità di aggiornare le tecnologie, il cosiddetto parco macchine degli ospedali che spesso è obsoleto ed insufficiente per le necessità. (*Applausi*).

Ancora, vi è il versante dell'assistenza territoriale. Forse non tutti sanno che da decenni in oncologia la parola d'ordine è «decentrare», cioè assistere le persone il più possibile vicino ai loro ambienti di vita, il più possibile nelle famiglie. Questo aspetto è stato sottolineato da molti. Per queste ragioni il Gruppo Forza Italia-Berlusconi Presidente-UDC esprimerà voto favorevole. Questo è un importante aspetto che riguarda il nostro sistema sanitario, le cui strutture e componenti sono interconnesse tra loro ed è pertanto impossibile farne funzionare una parte se tutto il sistema non viene reso in grado di operare bene.

Dovendo provvedere a una ricostruzione del nostro sistema sanitario, risolvendolo dal disagio in cui si trova adesso, dovremmo pertanto pensare anche ai tagli che ci sono stati negli ultimi anni. La ricostruzione da operare, infatti, dovrà partire non solo dalle devastazioni del Covid, ma anche dai danni fatti con i tagli operati negli anni passati. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DORIA (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, gentili colleghi, il prezzo che abbiamo pagato fino ad oggi in questa pandemia e che continueremo a pagare in termini di vite umane fino al giorno della raggiunta immunità di gregge è solo un assaggio di quello che ci aspetta.

Il giorno in cui ne saremo fuori faremo i conti con la peggiore delle ondate, quella che porta il nome e la sofferenza delle centinaia di migliaia di pazienti che hanno avuto in sorte di contrarre malattie gravi, potenzialmente letali e invalidanti come e più del Covid, alla vigilia o nel corso di questo anno e mezzo di pandemia. Si tratta di malati che non hanno avuto più reparti ospedalieri in cui ricoverarsi, o che hanno visto diradarsi, fino a scomparire, visite specialistiche ed esami che avrebbero potuto diagnosticare tumori prima che le loro metastasi li rendessero non più aggredibili.

È noto, infatti, che la diagnosi e il trattamento precoce del tumore primitivo migliorano notevolmente la prognosi *quoad vitam* talvolta radicalmente. Numeri alla mano, anche in Regioni dove la sanità rappresenta un'eccellenza vi è stata una riduzione del 22 per cento degli interventi per carcinoma della mammella, del 24 per cento di quelli alla prostata, del 32 per cento di quelli al colon, del 13 per cento di quelli al retto e al polmone, del 21 per cento per il melanoma e del 31 per cento di quelli alla tiroide.

Nel corso della prima ondata un altro grave problema è stata la sospensione sul territorio nazionale delle attività di *screening* oncologico, con un ritardo di diagnosi i cui effetti nefasti si vedranno nel tempo. Lo *screening*, infatti, rappresenta un momento fondamentale in oncologia poiché l'anticipazione diagnostica è ancora oggi uno dei principali fattori che migliora la prognosi e una delle armi, specie in alcune tipologie di tumore come quelli della mammella, del colon e della cervice uterina. Purtroppo ancora oggi la maggior parte dei casi di tumore viene identificata solo quando compaiono i sintomi meritevoli di approfondimento diagnostico, di solito in ambito ospedaliero.

Nel periodo del *lockdown* l'accesso all'ospedale e alle attività diagnostiche si è drasticamente ridotto non solo per motivi oggettivi, quali la difficoltà nella differenziazione dei percorsi, la scarsità di risorse umane e le carenze tecnologiche, ma anche per la paura dei pazienti a recarsi presso le strutture ospedaliere. Le Regioni, in modo comunque eterogeneo, hanno cercato di garantire il percorso oncologico al fine di assicurare, per quanto possibile, i trattamenti chemioterapici, le terapie chirurgiche e i trattamenti di radioterapia.

In linea generale, sono state implementate tutta una serie di attività emergenziali, quindi con caratteristiche di sperimentazione sul campo, che hanno comunque consentito di mantenere il contatto con il paziente oncologico. Solo alcune iniziative si sono avvalse dell'utilizzo della telemedicina: si pensi alla gestione di alcune visite di *follow-up* a livello territoriale o alla domiciliatura di alcune terapie chemioterapiche. Tali iniziative sono servite a cercare di mantenere il rapporto tra medico e paziente, ma allo stesso tempo hanno messo in moto una profonda accelerazione di un processo che ormai da qualche anno iniziava ad avere un'evidenza, ossia cominciare a ripensare l'oncologia nell'ottica di una più forte integrazione tra ospedale e territorio. Il paziente deve sempre essere l'unico attore attorno al quale ruotano tutte le competenze che il sistema è in grado di mettere a disposizione. La logica dei percorsi di presa in carico e cura del paziente, a maggior ragione di quello oncologico nelle sue diverse fasi di rapporto con la malattia, è il concetto guida al quale riferirsi ed è anche uno degli elementi fonda-

mentali con i quali si stanno declinando le reti per patologia all'interno della rete oncologica.

La rete oncologica non può basarsi, infatti, solo sul coordinamento tecnico-professionale fatto da esperti o da figure competenti, ma deve essere una vera e propria struttura organizzativa con alla guida figure chiave da un punto di vista gestionale che alimentino e gestiscano tutti i diversi livelli organizzativi interaziendali. Si tratta di una dimensione meta-aziendale che consente di poter unire, all'interno di una rete per patologia, le modalità con cui tutti i protagonisti sono chiamati a interagire, avendo un unico riferimento concettuale ed organizzativo. Tempi di reazione e *governance* dei rapporti tra territori e strutture ospedaliere dipendono molto dal livello di strutturazione che ciascuna Regione riesce a consolidare per la propria rete oncologica che la pandemia ha messo a dura prova.

La seconda fase della pandemia da Covid-19 non ci ha colto però così impreparati, e pertanto, nonostante l'incremento consistente dei ricoveri Covid, si è osservata una graduale ripresa delle attività cliniche fondamentali non-Covid. Da questa esperienza dobbiamo trarre molti spunti per dare una forte spinta all'innovazione organizzativa all'interno dei nostri sistemi sanitari. Le modalità alternative, soprattutto per quanto riguarda gli accessi ambulatoriali, hanno costituito un terreno di prova importante per tutto quello che è ormai riconducibile all'*e-Health*, e quindi non soltanto le televisite e il teleconsulto, ma anche la possibilità di monitorare i pazienti al proprio domicilio. Sappiamo però tutti che la telemedicina è un po' come la didattica a distanza: non può essere sostitutiva dell'assistenza, ma integrativa.

L'esigenza di un nuovo Piano oncologico nazionale, fermo al 2016, è adesso quanto mai attuale in quanto strumento per disegnare le linee guida nazionali dallo *screening* fino alle cure palliative. Quando infatti si parla di oncologia, non si possono trascurare tutti i *setting* assistenziali correlati; non possiamo parlare solo di quello ospedaliero o di quello domiciliare, soprattutto se vogliamo traguardare il tutto attraverso il concetto di rete. Il nuovo Piano nazionale dovrà incidere sui temi della genomica, delle mutazioni spontanee e sull'anticipazione degli *screening* per familiarità, garantendo quel tanto auspicato salto di qualità dell'oncologia nazionale.

È necessaria una reazione a trecentosessanta gradi immediata, e oggi noi qui riuniti siamo a testimonianza del nostro impegno per garantire ai pazienti oncologici i migliori *standard* di diagnosi e cure, nonostante si sia nella terza ondata pandemica che continua ad assorbire risorse in un modo straordinario. I tristi bollettini giornalieri dei decessi e contagi da Covid-19 hanno occupato la scena dei *mass media*, ma non dobbiamo dimenticare il numero ben più alto delle persone che muoiono tutti i giorni per malattie croniche, per tumore e per patologie cardiovascolari.

Il secondo elemento è l'assistenza territoriale in continuità con l'ospedale. Le USCA saranno la struttura portante della continuità assistenziale; all'interno di questi gruppi, una volta che finirà la pandemia, ci dovranno essere anche gli specialisti e tra questi gli oncologi territoriali, oltre che gli psicologi e i terapisti del dolore. Se infatti vogliamo parlare di assistenza domiciliare oncologica, non può essere solamente di tipo infermieristico.

Un discorso a parte meritano gli *screening*.

Lo *screening* oncologico è un servizio che viene offerto gratuitamente ai cittadini italiani, però questa risorsa è utilizzata - quando va bene e, soprattutto, a certe latitudini - al massimo dal 25 al 30 per cento delle persone alle quali è rivolto, il che significa che abbiamo circa il 70 per cento di strategia preventiva che ha un costo, ma è sottoutilizzata.

Il professor Sileri ci insegna quale differenza ci sia tra un polipo del colon in primo stadio e una situazione invece avanzata di un cancro del colon e in questo lo *screening* rappresenta l'arma vincente. Dobbiamo quindi tornare indietro per rimettere l'attenzione sull'utilità dei Dipartimenti di prevenzione, non solo in campo vaccinale.

Dal punto di vista dell'organizzazione del sistema sanitario, nonché dal punto di vista delle opportunità che può offrire al sistema di *welfare* nel suo complesso, la pandemia deve darci degli spunti di riflessione circa lo sviluppo di un nuovo rapporto tra ospedale e territorio, se consente di elaborare e seguire dei percorsi diagnostico-terapeutici appropriati. La creazione di percorsi diagnostico-terapeutici definiti consentirebbe una razionalizzazione della spesa e una migliore gestione del paziente all'interno del territorio dove la rete oncologica opera.

Un cenno, infine, vorrei farlo sul sistema della mobilità extra-Regione. Il problema presto esploderà, perché la mobilità nel 2020 si è quasi azzerata e nel 2021 continuerà a essere molto bassa. Come faranno allora le Regioni che prima mandavano tutti i pazienti fuori ad assisterli in maniera corretta? Bisognerà capire se queste Regioni e le loro strutture sanitarie saranno o meno in grado di fornire questo tipo di assistenza e, ove non lo fossero, bisognerà investire da subito controllando e monitorando, verificando tutto, affinché si possa garantire una gestione corretta del paziente oncologico.

Per concludere, ritengo che la pandemia sul piano organizzativo possa considerarsi come un punto di svolta e di accelerazione di alcune attività su cui si stava già lavorando, perché il mondo non è più lo stesso. È quindi necessaria la creazione e l'ottimizzazione delle reti oncologiche regionali come strumento per la corretta presa in carico multidisciplinare del paziente, l'individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici strutturati che garantiscano il funzionamento della rete e la gestione del paziente oncologico e l'investimento negli strumenti della telemedicina, vista come il completamento utile e necessario alla gestione del paziente, con particolare riferimento al *follow-up*.

Per le ragioni sopra esposte, il Gruppo Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione annuncia il voto favorevole sull'ordine del giorno G1. (*Applausi*).

PISANI Giuseppe (*M5S*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PISANI Giuseppe (*M5S*). Signor Presidente, signori Sottosegretari, onorevoli colleghe senatrici e colleghi senatori, la grave la grave pandemia

da Covid-19 sta mettendo a dura prova la tenuta del Servizio sanitario nazionale, provocando, oltre a un considerevole eccesso di mortalità, un progressivo aumento del numero dei malati oncologici, costretti a ritardare controlli e a rimandare le proprie cure.

La prevenzione terziaria, quella mirata all'anticipazione diagnostica della ripresa di malattia, non è procrastinabile nei pazienti oncologici, perché la mancata tempestività della diagnosi di ripresa comporta minori possibilità di guarigione, con il conseguente aumento del numero di anni di vita persi.

Oggi oltre il 50 per cento dei malati oncologici guarisce definitivamente e un'altra parte consistente cronicizza la propria malattia per effetto delle cure, conseguendo traguardi di aspettativa di vita e di lunga sopravvivenza pressoché pari a quelli in assenza di malattia.

Oltre alla prevenzione terziaria, anche la prevenzione secondaria, ovvero quella rivolta agli *screening* nella popolazione sana, risente fortemente delle attuali condizioni di emergenza sanitaria e ciò non dovrebbe accadere, perché è risaputo che un ritardo nella diagnosi di un tumore comporta interventi terapeutici più complessi e aggressivi, con ulteriore detrimento delle condizioni psicofisiche dei pazienti e aumento dei costi sanitari.

A rendere più gravi queste situazioni, come già detto, si aggiungono spesso condizioni di disagio economico e di non meno importante disagio psichico, che peggiorano la qualità di vita dei pazienti oncologici, compromettendo gli sforzi sociali e individuali tesi al superamento della malattia.

Non vi è dubbio che l'attuale malattia stia mettendo a dura prova i risultati conseguiti negli anni passati nella lotta al cancro attraverso gli interventi di prevenzione primaria e secondaria messi in atto dal nostro sistema sanitario.

Il miglioramento del nostro servizio sanitario passa soprattutto dal potenziamento della medicina territoriale, a partire dalle cure domiciliari, che devono divenire primo e appropriato luogo di cura per ridurre accessi impropri alle strutture ospedaliere, avvalendosi dei vantaggi e dei benefici offerti dalla telemedicina e dalle altre tecniche di sanità digitale. In tale contesto non possono essere trascurate prevenzione e cura delle malattie oncologiche, per le quali si rendono indifferibili l'aggiornamento del Piano oncologico nazionale e il potenziamento e l'interconnessione delle reti oncologiche regionali. Le reti sono strumenti indispensabili per la presa in carico globale dei pazienti oncologici; favoriscono appropriatezza e qualità delle cure ed economie di scala del sistema sanitario nazionale e aumentano anche la fiducia e l'adesione dei malati al sistema.

Per un efficace e adeguato funzionamento delle reti è fondamentale la conoscenza dei dati relativi alle malattie oncologiche trasmesse dai registri tumori. Pertanto, come ha giustamente osservato in apertura il sottosegretario Sileri, occorre dare esito alla pubblicazione del regolamento esecutivo per l'attuazione della legge del 22 marzo 2019, entrata in vigore il 20 aprile 2019, relativa appunto all'istituzione della rete nazionale dei registri tumori, per la quale peraltro è già stato previsto uno stanziamento di un milione di euro dalla legge di bilancio del 2020.

Accessibilità alle reti e organizzazione delle reti sono due pilastri sui quali si regge un'efficace attività sanitaria di contrasto alle malattie oncologiche, unitamente alla ricerca, che costituisce un terzo importante pilastro. La ricerca in campo oncologico ha compiuto numerosi e importanti progressi, conseguendo obiettivi di cura impensabili fino a pochi anni addietro attraverso le scienze omiche. Gli studi di genomica, proteomica e metabolomica hanno consentito di confezionare terapie personalizzate sui singoli pazienti, portando a livello intracellulare le possibilità di intervenire terapeutamente e di correggere gli errori alla base della nascita e della crescita tumorale delle cellule. Per tale motivo si ritiene indispensabile anche l'attuazione del Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche medicina personalizzata, sancito nell'intesa Stato-Regioni il 26 ottobre 2017, al fine di garantire ampio accesso alla medicina di precisione e di promuovere investimenti finalizzati alla formazione di personale specializzato e alla creazione di strutture adeguate.

L'aggiornamento del Piano oncologico nazionale non può essere disgiunto dall'ampliamento dell'offerta di terapia del dolore e di cure palliative, come già richiesto da mozioni presentate dalla Commissione sanità, impegnando il nostro Governo. Ai fini di un efficace trattamento del dolore e della sofferenza, anche l'offerta di cure palliative deve avvenire prioritariamente, ove possibile, a domicilio del paziente, nella sua casa, nel suo ambiente quotidiano di vita, con il sostegno psicologico e spirituale anche alla famiglia, sulla quale quasi sempre grava il maggiore peso assistenziale, proprio nel momento di maggiore fragilità psichica.

In ultimo, non può essere sottaciuto che nel Piano oncologico nazionale sarà necessario rivedere l'assetto delle reti oncologiche regionali, affinché siano ridotte e annullate le differenze attualmente esistenti tra le varie Regioni e Province autonome, con il superamento di centri e comitati di controllo regionali, spesso causa di inopportuni ritardi, e siano stabilite quindi modalità di accesso unitarie e omogenee in tutto il territorio nazionale contemporaneamente, ivi compresa la disponibilità e la fruibilità dei farmaci. Disomogeneità regionali che si eviterebbero con il ritorno alle competenze esclusive dello Stato in tutti gli interventi in materia di sanità.

L'Italia ha bisogno di questo nuovo Piano oncologico nazionale, perché quello attuale è scaduto da anni e risulta superato peraltro dai progressi della scienza e della tecnica. Pertanto riteniamo che sia oggi necessario non farci trovare impreparati a questa sfida e che sia doveroso prevedere un impegno per il Governo finalizzato all'adozione del nuovo Piano oncologico nazionale, coordinato con il piano oncologico europeo. Come MoVimento 5 Stelle crediamo che l'equità di un sistema sanitario si evinca dal trattamento e dall'attenzione che riserva ai soggetti più fragili.

Per questi motivi, esprimendo il nostro grazie alle senatrici Binetti e Boldrini, promotrici delle mozioni, voteremo a favore dell'ordine del giorno in discussione. (*Applausi*).

PARAGONE (*Misto*). Domando di parlare per dichiarazione di voto in dissenso dal mio Gruppo.

PRESIDENTE. Ne prendo atto e le do la parola.

PARAGONE (*Misto*). Signor Presidente, sono costretto a usare l'*escamotage* del voto in dissenso per denunciare un fatto grave, che mi sembra però importante. «Svegliati amore mio» è una *fiction* andata in onda sulle reti Mediaset, nella quale si racconta la tragedia di chi vive certe situazioni in cui si deve scegliere tra il diritto al lavoro e il diritto alla salute, e anche il diritto a non dover morire proprio di tumore. Su questa *fiction* televisiva un lavoratore ha espresso un'opinione e ha postato sulla propria pagina Facebook l'invito a guardarla, commentando proprio il diritto in questione, che la *fiction* stava mettendo chiaramente in luce. Avrebbe potuto essere l'Ilva di Taranto, ma anche essere Porto Marghera, Trieste o Gela. Ecco, questo lavoratore è stato licenziato per avere condiviso sulla propria pagina Facebook un'opinione rispetto al dover scegliere, in queste città, tra il diritto al lavoro e quello alla salute.

Era importante che, in un'occasione del genere, si sottolineasse la gravità assoluta di questo fatto. Ora, se mi perdonerete per aver usato questa dichiarazione di voto in dissenso come *escamotage*, senza polemica alcuna, per portare all'attenzione dell'Assemblea il grave fatto, ovviamente voterò a favore, altrimenti sarò costretto ad astenermi, ma soltanto per aver voluto dire questa cosa. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ovviamente, senatore Paragone, ha potuto svolgere il suo intervento in questa fase. Diciamo che la parola "*escamotage*" non è proprio la migliore, anche perché non mancano occasioni parlamentari per poter far presente un argomento che è sicuramente importante.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'ordine del giorno G1, presentato dai senatori Binetti, Boldrini, Castellone, Giuseppe Pisani, Pirro, Fregolent, Cantù, Zaffini, Parente, Siclari, Iori, Richetti e da altri senatori.

(*Segue la votazione*).

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

URSO (*FdI*). Signor Presidente, non ho fatto in tempo ad esprimere il mio voto favorevole.

PRESIDENTE. Ne prendiamo atto, senatore Urso, si è trattato di una frazione di secondi.

Discussione delle mozioni nn. 328 (testo 2), 322 e 330 sulla campagna vaccinale contro il coronavirus (ore 18,27)

Approvazione dell'ordine del giorno G1. Ritiro delle mozioni nn. 328 (testo 2), 322 e 330

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00328 (testo 2), presentata dalla senatrice Parente e da altri senatori, 1-

00322, presentata dalla senatrice Binetti e da altri senatori, e 1-00330, presentata dal senatore Romano e da altri senatori, sulla campagna vaccinale contro il coronavirus.

Ha facoltà di parlare la senatrice Parente per illustrare la mozione n. 328 (testo 2).

PARENTE (*IV-PSI*). Signor Presidente, annuncio che stiamo definendo un ordine del giorno unitario, quindi sono pronta a ritirare la mozione non appena avvenuta la formalizzazione. (*Brusio*).

PRESIDENTE. Colleghi, per cortesia, consentiamo alla senatrice di svolgere il suo intervento.

Presidenza del vice presidente LA RUSSA (ore 18,28)

PARENTE (*IV-PSI*). Questa mozione ha un senso molto importante, poiché attiene alle priorità vaccinali, di cui tanto abbiamo discusso in questo anno e in questi ultimi giorni. Decidere chi vaccinare prima e chi dopo, in mancanza di dosi sufficienti per l'intera popolazione, implica scelte etiche e politiche, che è fondamentale siano prese da un consesso come questo, il Parlamento.

La mozione chiede anzitutto di implementare il piano vaccinale del commissario straordinario Figliuolo, di eliminare le differenze tra le Regioni, a cui assistiamo, purtroppo, ancora in questa fase, e di svolgere in modo uniforme la vaccinazione, seguendo come unico criterio la fragilità delle persone, perché affette da patologie o per l'età. Perché? È l'unico modo... (*Commenti*).

PRESIDENTE. Proseguia pure, senatrice Parente, non c'è un disturbo superiore alla media. (*Commenti*). Soprattutto non dovete essere voi a suggerirmelo, colleghi.

Comunque sia, vi prego di seguire con più attenzione, fermo restando che non c'è tutto questo disturbo, siamo in pochi.

PARENTE (*IV-PSI*). Anche l'ultima ordinanza del generale Figliuolo afferma quanto ho specificato, ma pensiamo che il Parlamento debba prendere una decisione unanime al riguardo, ovvero sui criteri di priorità, che devono essere l'età e la presenza di patologie.

Sappiamo che mai come oggi, nella storia dell'umanità, il tema della sanità è diventato fondamentale anche per la ripresa dell'economia e dell'occupazione. Solo proteggendo chi è a maggior rischio di ospedalizzazione e, purtroppo, di morte - e ormai, dopo un anno di esperienza, sappiamo quali sono i soggetti - potremo anche riprendere l'economia. Sappiamo che ci sono le pressioni di tante categorie, ma solo proteggendo i più deboli - lo voglio ribadire - possiamo risollevare l'economia. È un concetto basilare e implica scelte etiche che questo Parlamento ha tutta la responsabilità di prendere.

PRESIDENTE. Pregherei i colleghi di lasciare libero l'emiciclo, questo sì, grazie.

PARENTE (*IV-PSI*). Direi al Governo di insistere e di continuare in tale percorso, anche rispetto al rapporto tra Stato e Regioni, perché questa decisione ha forti implicazioni costituzionali.

Penso alla recente sentenza della Corte costituzionale, con riferimento all'articolo 117 della Costituzione, in cui si afferma che, in caso di proficua collaborazione internazionale, le cure e gli interventi per le epidemie sono esclusivamente in capo allo Stato.

Se approviamo l'ordine del giorno unitario, il Governo sarà investito ancor di più di una responsabilità enorme per procedere con il piano vaccinale, fissando le priorità in relazione alle fragilità e all'età, lo ripeto.

La mozione tratta altre due questioni fondamentali: la prima concerne la necessità di ripristinare il tracciamento. Sappiamo che nei momenti in cui l'epidemia è più pesante si perde il tracciamento e pensiamo di doverlo riprendere, soprattutto per le famiglie con figli che stanno ricominciando ad andare a scuola.

L'altra questione riguarda i dati: preghiamo il Governo di fare una riflessione attenta su quelli che vengono forniti, che devono anzitutto essere aggiornati, semplificando i parametri dell'indice Rt. Negli ultimi provvedimenti c'è qualcosa che va in questa direzione, perché solo avendo dati aggiornati, che consentano di chiudere repentinamente zone anche circoscritte in cui riparte l'epidemia e di riaprire quando le condizioni migliorano, potremmo anche evitare di chiudere intere Regioni.

Dati aggiornati e tracciamento devono quindi accompagnare la campagna vaccinale. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ringrazio la senatrice Parente, che ha ben concluso il proprio intervento nonostante qualche disturbo.

Ha facoltà di parlare la senatrice Binetti per illustrare la mozione n. 322.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, onorevoli membri del Governo e colleghi, parlare oggi di vaccini significa essere proprio nel cuore del problema della sanità del Paese.

Abbiamo appena approvato un ordine del giorno con il quale vogliamo difendere i malati non Covid da una sorta di ipertrofia che attraversa il Paese, per cui tutto viene letto con gli occhiali da Covid, contro il quale c'è un unico rimedio serio di cui oggi disponiamo: il vaccino.

La mozione a mia prima firma, condivisa dalla maggioranza dei colleghi del Gruppo Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC, tende a sottolineare tre cose, che vorrei risultassero chiare. La prima è che oggi il vaccino, proprio perché rappresenta una sorta di misura salvavita, diventa parte integrante del diritto alla salute, che non soltanto è contemplato dalla nostra Costituzione, ma è anche previsto tra i diritti universali dell'uomo. Tali diritti sono quelli che vengono garantiti a tutti gli uomini, in tutti i luoghi e in tutti

i tempi, perché rappresentano un punto fondamentale del diritto alla vita, che oggi si esprime, sostanzialmente, passando per quello a vaccinarsi.

Dopodiché, da questo diritto discendono molte altre cose. Conosciamo infatti tutta la grande marea di diritti riguardanti il lavoro o l'istruzione, solo per citarne due dei più importanti, che in questo momento vengono in qualche modo incapsulati o ingabbiati: penso ai ragazzi chiusi in casa dalla didattica a distanza o a coloro che stanno aspettando, con grande attenzione, che riapra tutto il grande mondo della produzione; percepiamo questo tema soprattutto sotto il profilo della distribuzione, dietro alla quale è evidente però che c'è tutta la produzione. Penso poi anche al mondo del turismo, eccetera. Tutto dipende dunque dal diritto alla salute, che può essere garantito attraverso il diritto alla vaccinazione.

Una delle richieste più importanti contenute nella mozione a mia firma, quindi, è che tale diritto venga riconosciuto a questo livello. Chiaramente, se viene riconosciuto come diritto universale, garante della qualità della vita, oltre che della vita delle persone, ne derivano due conseguenze importanti. In primo luogo, non è più solo un diritto individuale, ma si colloca nella sfera sociale, nel senso che il fatto che un altro possa vaccinarsi mi interessa tanto quanto la possibilità di avere la possibilità di farlo, perché la sua vita si interfaccia immediatamente e direttamente con la mia. Diventa quindi un diritto cerniera tra quelli individuali e quelli sociali e ci permette di ripensare l'intera gamma dei diritti, in una logica solidaristica molto più ampia e molto più profonda.

Se tutto questo è vero, allora è fondamentale che in tempo di pandemia si possa sospendere - non abolire, ma sospendere - il brevetto della vaccinazione. A proposito dunque della brevettabilità dei prodotti, che molto spesso guarda anche al mondo commerciale e produttivo, occorre fare in modo che un brevetto, nel momento concreto in cui diventa garanzia di vita, possa essere sospeso. Per inciso, è anche quello che ha chiesto il Santo Padre, Papa Francesco, ripetutamente e in molte occasioni. Occorre cioè fare in modo che il diritto alla proprietà intellettuale, che va custodito, protetto e tutelato, possa però essere sospeso nel momento in cui diventa una *conditio sine qua non* per il diritto alla vita di molte persone.

Questi sono i punti centrali della mozione che ho presentato e quelli a cui tengo maggiormente, che spero con tutto il cuore che possano essere accolti e raccolti nell'ordine del giorno unitario. Se esso conterrà questi punti, posso ritirare tranquillamente la mia mozione e farla convergere in un obiettivo condiviso con tutta l'Assemblea.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Castellone per illustrare la mozione n. 330.

CASTELLONE (M5S). Signor Presidente, illustro la mozione presentata dal MoVimento 5 Stelle e a prima firma del senatore Romano.

Stiamo vivendo un nuovo capitolo di questa pandemia: il primo anno ci siamo concentrati a ridurre il contagio, per ridurre i ricoveri e quindi il numero di decessi, e adesso l'obiettivo dev'essere somministrare quanti più vaccini possibile, per ripartire.

Per la prima volta abbiamo un vaccino che è stato acquistato con una gara d'appalto unica a livello europeo, proprio per garantire un accesso equo, diffuso e ripartito esclusivamente in base al numero dei cittadini di ogni Paese.

La prossima sfida dev'essere però la produzione del vaccino su larga scala, perché per coprire e immunizzare il 70 per cento della popolazione, considerando che c'è bisogno di due dosi ne servirebbero 11 miliardi di dosi. Dobbiamo allora produrre più vaccini, al fine di conseguire i prossimi obiettivi: velocizzare la campagna vaccinale e aiutare anche i Paesi poveri a somministrarli per raggiungere una copertura globale. In questo momento storico, infatti, il nazionalismo certamente non aiuta. Anche l'Organizzazione mondiale della sanità ha chiesto un'equa distribuzione dei vaccini e Amnesty international ha denunciato atteggiamenti opportunistici di diversi Paesi nell'acquisto dei vaccini. Mai come in questo momento nessuno si salva da solo; in un momento in cui le disuguaglianze sono aumentate, se aumentano anche quelle nella somministrazione dei vaccini, mettiamo a rischio la ripartenza di alcuni Paesi e possiamo creare divari che non saranno più recuperabili in termini sia di vite perse sia di PIL.

Bisogna poi fare presto, perché dobbiamo arginare la diffusione delle varianti del virus, che, come tutti i virus, varia velocemente, producendo varianti che danno un vantaggio selettivo. La variante brasiliana, ad esempio, che si è sviluppata in una zona in cui il 75 per cento della popolazione era infetto da Covid, ha la capacità di infettare i soggetti guariti, evadendo in qualche modo la risposta immunitaria da Covid. Ecco perché serve fare presto e non basta esclusivamente bloccare l'*export* dei vaccini, ma bisogna aumentarne la produzione.

Succede oggi che uno Stato che cofinanzia un brevetto non ha alcuna voce in capitolo né sul costo, né sulla vendita, né sulla distribuzione del prodotto. Ecco perché in questo momento storico, in cui il mondo è cambiato, dobbiamo ribaltare anche tale prospettiva e garantire ai Paesi uno spazio decisionale (*Applausi*) per coprire il fabbisogno vaccinale.

Nella mozione n. 330 chiediamo che nella condizione di emergenza che stiamo vivendo si permetta agli Stati, dietro un accordo economico preventivo con le aziende produttrici, di sospendere temporaneamente i brevetti (*Applausi*), quindi la tutela brevettuale, utilizzando anche lo strumento della licenza obbligatoria, arma negoziale importante con le case farmaceutiche. Molti Stati lo hanno già fatto; la Germania, ad esempio, ha rafforzato lo strumento della licenza obbligatoria. Ciò può essere realizzato sostenendo la richiesta di moratoria dell'accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale (Trips), che è stata presentata all'Organizzazione mondiale del commercio da 100 tra i Paesi più poveri, con India e Sudafrica in testa. Alla Camera dei deputati è già stata approvata una mozione che spinge l'Europa ad approvare tale normativa e con questo testo chiediamo un impegno anche al Senato. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

È iscritta a parlare la senatrice Boldrini. Ne ha facoltà.

BOLDRINI (*PD*). Signor Presidente, onorevoli colleghi, stiamo parlando ancora una volta del tema dei vaccini. Giustamente, come hanno ricordato prima i colleghi, in questi giorni - e lo abbiamo fatto anche la scorsa settimana - stiamo presentando alcuni ordini del giorno, che spero siano unitari anche sul tema che stiamo affrontando, per dare più forza alle attività governative per procedere in questo momento cruciale, raccogliendo le istanze che il Parlamento può suggerire. Il momento è cruciale perché attendiamo di vedere la luce in fondo al tunnel, anche se purtroppo ci sono alcune criticità strada facendo.

Abbiamo visto che il Piano nazionale dei vaccini dà precise indicazioni, è stato ulteriormente aggiornato e inoltre il nuovo commissario straordinario Figliuolo ha dato ulteriori indicazioni su quali categorie vaccinare. Anche a questo proposito - mi sembra di essere quasi ridondante, ma è necessario farlo - devo dire che quelle indicazioni avrebbero dovuto essere applicate, ma spesso purtroppo sono state disattese, forse perché non è stata individuata una forma univoca; purtroppo, abbiamo visto che alcuni sistemi informativi hanno avuto problemi e che determinate patologie non sono state inserite per mancanza di dati informatizzati. Come dicevo, le criticità che purtroppo sono emerse in questa pandemia le riscontriamo tutte in questo momento.

Il commissario Figliuolo, come sapete, ha girato per tutti i punti vaccinali del territorio nazionale e ha trovato anche delle eccellenze, una delle quali si trova nel mio territorio; il commissario ha ritenuto di considerare un punto vaccinale come un fiore all'occhiello, perché ben organizzato; lo ha detto lui, come avete visto anche nei TG. Ciò significa che si può fare, nel senso che organizzare bene le strutture e il personale è possibile. Credo che anche da questo punto di vista le *best practice* vadano copiate, se è possibile (anche questo lo dico sempre), però è importante che anche le altre Regioni possano attuare tale modalità organizzativa.

Le criticità, però, non sono tutte qui. A mio avviso, dal punto di vista della mancanza delle dosi dei vaccini, bisogna comunque spezzare una lancia in favore dell'Europa per quello che ha fatto: pensate solo se in questo momento fossimo stati da soli come Paese a confrontarci e a lottare con gli altri Stati per avere le dosi. È vero che forse ci voleva più intransigenza nel rispetto dei contratti, ma è anche vero, come ha detto prima la collega, che sarebbe necessario un accordo a livello mondiale per sospendere i brevetti e i diritti di proprietà ed aumentare la capacità produttiva dei vaccini. Questa è un'altra nota dolente su cui dobbiamo fare qualcosa. Sappiate però che sono contenta di quello che è successo: sulla sanità l'Europa non era mai arrivata, con tutti gli Stati membri, ad essere nelle condizioni di andare avanti tutti insieme; dobbiamo riconoscere questo merito al nostro ministro Speranza, perché, come ci ha detto nelle comunicazioni che ha reso in Aula e anche in Commissione, è stata sua l'idea di mettere insieme tutti gli Stati per l'approvvigionamento dei vaccini.

Allo stesso modo, considero giusto e importante procedere in modo unitario anche all'individuazione dei famosi certificati verdi, per poter circolare in maniera più tranquilla su tutto il territorio nazionale.

È stato un miracolo aver trovato vaccini per combattere il Covid, però le criticità ci sono; ritengo tuttavia che anche oggi stiamo dando un buon segnale per trovare tutti insieme modalità nuove e spunti ulteriori da dare al nostro Governo (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Crucioli. Ne ha facoltà.

CRUCIOLI (*Misto*). Signor Presidente, parliamo finalmente del piano vaccinale, argomento su cui questo Parlamento anestetizzato è stato sin qui tenuto ai margini. Tuttavia, per parlare seriamente di tale argomento, che necessita indiscutibilmente di un approccio scientifico, occorre preliminarmente affrontare il tema della trasparenza dei dati scientifici e della terzietà e imparzialità rispetto al potere politico degli organismi scientifici che tali dati sono chiamati a interpretare. Si è recentemente scoperto, infatti, che il piano pandemico, che avrebbe dovuto proteggere il Paese dalla diffusione del Covid e che avrebbe potuto evitare moltissime perdite di nostri cari, non era mai stato aggiornato: giaceva semplicemente in qualche cassetto da decenni.

Ora questa vicenda sta facendo emergere una clamorosa assenza di terzietà ed autorevolezza da parte dei vertici delle più importanti organizzazioni medico-scientifiche, che dovrebbero fornire dati e informazioni a prescindere dal fatto che ciò piaccia o dispiaccia al potere politico. Se è infatti appreso, signor sottosegretario Sileri, dalla pubblicazione di alcune intercettazioni tra il vice presidente dell'Organizzazione mondiale della sanità, già direttore generale del Ministero della salute, Ranieri Guerra, e il Presidente dell'Istituto superiore di sanità, nonché attuale membro del CTS, che il *report* dei ricercatori dell'ufficio regionale dell'OMS con sede a Venezia, coordinati dal professor Zambon, era stato occultato per non dispiacere alla sensibilità politica del ministro Speranza, con il coinvolgimento diretto del capo di Gabinetto di tale Ministero e, con ogni probabilità, anche del ministro Speranza. Le intercettazioni sono agghiaccianti e inequivocabili: i vertici dei due organismi scientifici chiamano i ricercatori "gli scemi di Venezia", i "somarelli di Venezia" e si assicurano l'un l'altro di essersi profusi in scuse profonde con il Ministro per un *report* che, dicendo la verità, avrebbe gettato discredito sul suo operato. Tale *report* non viene criticato nel merito, ma per la sua inopportunità politica. Ranieri Guerra scrive di non fare cazzate, perché sarebbe un suicidio, e inoltre si ripromette, parlando con il capo dell'Istituto superiore di sanità, di far saltare qualche incorreggibile testa.

Signor sottosegretario Sileri, comprenderà che su questa vicenda si gioca la credibilità delle istituzioni scientifiche su cui il suo Ministero basa le proprie azioni. Sembra infatti evidente che il suo Ministero abbia influenzato importantissime risultanze scientifiche che avrebbero potuto compromettere l'operato del Ministro e tutto questo grazie alla lottizzazione dei ruoli apicali in tali organizzazioni e all'assenza di garanzie di terzietà tra politica e mondo scientifico-sanitario.

Su questo, il ministro Speranza sta evitando di rispondere anche a interrogazioni che sono state presentate in quest'Aula, ma tale mancanza di

trasparenza non vi è nuova: c'è già stato lo scandalo per le secretazioni dei verbali del CTS, sbloccati solo grazie ad un'ordinanza del TAR del Lazio; e vogliamo parlare della trasparenza nelle regole di approvvigionamento dei vaccini e delle norme contrattuali che ne regolano l'acquisto? Questi contratti sono avvolti dal segreto, avvantaggiando enormemente i profitti dei produttori di vaccini. La stessa assoluta mancanza di trasparenza ha contraddistinto anche il caso AstraZeneca, in cui gli organismi scientifici e il Governo hanno negato fino all'ultimo il nesso con le trombosi, salvo poi arrendersi all'evidenza e limitarne l'uso a determinate fasce d'età.

Alla luce di tale opacità delle informazioni scientifiche e di una narrazione da parte di alcuni vertici delle organizzazioni scientifiche preposte alla salute che tiene conto della sensibilità governativa, risulta difficile giudicare compiutamente alcune delle azioni del Governo. È però lecito dubitare delle eccessive restrizioni delle ultime settimane e anche che venga sotto-rappresentato il calo stagionale che il virus sta avendo a prescindere dalle restrizioni e dalla campagna vaccinale.

Qualcosa, però, si può dire con certezza. Non ci sono certezze sulla capacità dei vaccini di interrompere il contagio, ma solo di evitare le conseguenze peggiori sui vaccinati e, poiché è certo che l'età media dei morti per Covid è di ottantun anni, risulta evidente che si sarebbe dovuto procedere a vaccinare prima le classi di età maggiore e i più fragili e non a seconda delle categorie lavorative, quindi non solo quanto al reperimento è risultato fallimentare questo piano, ma si sono vaccinate le persone sbagliate, con il risultato che siamo al secondo posto per morti.

Per tutti questi motivi, la componente L'Alternativa c'è stigmatizza il coinvolgimento del Ministero della salute nei fatti che hanno portato all'indagine penale nei confronti del vice presidente dell'OMS, voterà contro le mozioni presentate e chiede la costituzione di una Commissione d'inchiesta parlamentare sulla gestione della pandemia. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Non l'ho interrotta, ma la prego, la prossima volta, di non usare termini sconvenienti.

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROMEO (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, vorrei chiedere dieci minuti di sospensione, visto che si sta lavorando affinché l'ordine del giorno, sottoscritto ormai da tutti i componenti della maggioranza, possa essere condiviso anche con l'opposizione. Le chiediamo, se possibile, di avere questi dieci minuti, che possono chiarire meglio la situazione.

PRESIDENTE. Certo, senatore Romeo: siccome però, secondo le previsioni, finiremo intorno alle ore 20,30, non più di dieci minuti esatti di sospensione.

La seduta è sospesa.

(*La seduta, sospesa alle ore 18,54, è ripresa alle ore 19,04*).

PARENTE (*IV-PSI*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PARENTE (*IV-PSI*). Signor Presidente, abbiamo definito un ordine del giorno unitario di tutte le forze politiche. Occorrono cinque minuti per raccogliere le firme e definire le ultimissime cose.

CRUCIOLI (*Misto*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Su cosa, senatore Crucioli?

CRUCIOLI (*Misto*). Sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRUCIOLI (*Misto*). Signor Presidente, dal momento che quest'ordine del giorno è sconosciuto all'Assemblea, anche se - come è stato detto - viene trattato da tutte le forze politiche, chiedo che sia dato il tempo a tutti noi di poterlo esaminare, valutare e votare in maniera informata.

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

LUNESU (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, rappresentanti del Governo, colleghi, il ministro Giorgetti ha dichiarato che sui vaccini c'è una guerra geopolitica su cui si gioca il concetto di sovranità. Questo significa che la guerra per gli approvvigionamenti e per le dosi del siero è in atto. Noi, naturalmente, confidiamo nel presidente Draghi e nella struttura commissariale, impegnata ad ottenere 10 milioni di dosi aggiuntive rispetto al previsto. Ma è di oggi la notizia dell'arrivo di 45 milioni di dosi entro giugno: così la campagna vaccinale sarebbe salva. Confidiamo intanto nella produzione dei vaccini italiani (Takis, Reithera) prodotti in collaborazione con lo Spallanzani di Roma, che ha completato già la prima fase. L'obiettivo è produrre un vaccino monodose, di cui a settembre potrebbero essere disponibili ben 100 milioni di dosi. Quindi voglio essere ottimista e fiduciosa: tutte le epidemie hanno un inizio e una fine.

Ma la domanda che noi tutti ci poniamo è: quando, grazie ai vaccini, l'Italia potrà ripartire? È più realistico puntare su un abbassamento della letalità oppure sperare nell'immunità di gregge? L'immunità si raggiungerà soltanto quando si riuscirà a bloccare la circolazione del virus. Se avessimo un vaccino efficace al cento per cento contro il contagio e la certezza di una copertura duratura, il risultato potremmo averlo vaccinando il 70 per cento della popolazione. Ma i vaccini Pfizer e Moderna hanno un'efficacia del 97 per cento e Astrazeneca del 60-80 per cento. Adesso è arrivato anche Johnson & Johnson, che può essere somministrato dai diciotto anni in su, con ef-

ficacia fino al 77 per cento; ma per ora - è notizia di oggi - è stato sospeso negli Stati Uniti per gli effetti sulla coagulazione del sangue.

L'immunità di gregge potremmo raggiungerla soltanto vaccinando il 97 per cento della popolazione. Ma se consideriamo che ci sono tante persone contrarie al vaccino e che proprio non intendono vaccinarsi, e che non sappiamo ancora quanto durerà l'immunità, la famosa immunità di gregge sarà per ora un miraggio.

Parliamo invece dell'immunità di massa - mi piace questo termine, che ha utilizzato dal commissario Figliuolo - che potremmo raggiungere soltanto se riusciremo a vaccinare l'80 per cento della popolazione entro il mese di settembre. Dopodiché la letalità si abbasserà notevolmente e diventerà simile a quella dell'influenza. Ma tutto ciò sarà possibile solo se Pfizer, Moderna e Astrazeneca rispetteranno i termini di consegna dei vaccini, se le diffidenze su Astrazeneca si placheranno e se il piano del commissario Figliuolo procederà rapidamente raggiungendo le 300.000 dosi entro fine aprile e le 500.000 inclusi i richiami.

Certo dobbiamo avere fiducia, ma è già polemica sulle isole, che vorrebbero presto diventare Covid *free* insieme alle piccole isole. La richiesta del presidente Solinas e del presidente Musumeci di dare priorità al piano vaccinale in Sardegna e Sicilia per rilanciare il turismo, e raccolta anche dal ministro Garavaglia, ha fatto infuriare il presidente Bonaccini. Per me è una richiesta lecita, viste le condizioni di svantaggio che si avvertono quando si vive in un'isola, che ci penalizzano soprattutto sul piano infrastrutturale.

Tuttavia, senza polemiche, intanto trovo giusto che ci si concentri sulle vaccinazioni, affinché avvengano nel più breve tempo possibile e si lavori perché in tutta Europa si possa avere il certificato Green digitale. Si pensi, soprattutto, a sostenere la ricerca nel campo degli anticorpi monoclonali. A proposito di ricerca, mi permetta, signor Presidente, di fare tanti auguri di buon lavoro alla dottoressa Maria Chiara Carrozza, che sarà la prima donna alla guida del CNR che finalmente, dopo aver subito numerosi tagli, tornerà a svolgere al meglio le sue funzioni organizzative, e scientifiche.

In questo particolare momento abbiamo bisogno di potenziare e finanziare la ricerca. Mi riferisco proprio agli anticorpi monoclonali, il cui utilizzo può essere di grande aiuto. L'obiettivo sarà proprio quello di verificare se potranno rappresentare una reale terapia per la prevenzione e la progressione della malattia stessa. Ricordo che gli anticorpi monoclonali sono utilizzati principalmente in clinica e... *(Il microfono si disattiva automaticamente)*.

PRESIDENTE. Prego, senatrice, concluda.

LUNESU *(L-SP-PSd'Az)*. È per questa ragione che dobbiamo incentivare la ricerca.

I temi su cui il Governo deve concentrarsi sono vaccinazioni e ricerca. *(Applausi)*.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Marinello. Ne ha facoltà.

MARINELLO (*M5S*). Signor Presidente, signori colleghi, signori rappresentanti del Governo, la pandemia ha veramente posto tutti noi in una situazione di estrema difficoltà, non solo in Italia, ma nel mondo intero. Molti degli errori che sinceramente sono stati commessi, non solo dal popolo italiano, ma dal mondo intero, derivano dal fatto che non c'era un piano pandemico che indicasse come comportarsi.

Il Coronavirus ha messo in evidenza molte debolezze della nostra struttura sanitaria. Purtroppo è successo che nella fase iniziale, al di là delle informazioni che venivano date, le persone si recassero, come erano solite fare, in ambito ospedaliero. Questa situazione è stata di estrema gravità perché l'afflusso eccessivo di pazienti in ospedale ha determinato un'ulteriore diffusione della malattia. Come sappiamo, l'ospedale è un centro di alta specializzazione, dove si devono curare necessariamente i pazienti che hanno specifiche necessità di essere assistiti. Tuttavia, la presenza di molti pazienti all'interno dell'ospedale ha determinato l'ulteriore diffusione della pandemia.

Signor Presidente, ci tengo a segnalare il fatto che, prima della pandemia, avevo presentato un disegno di legge, che è incardinato in Commissione sanità, riguardante la figura dell'infermiere di famiglia. Lei sa benissimo, e lo sappiamo tutti, quanto sia importante il ruolo dell'infermiere di famiglia o di comunità. Io l'ho realizzato sulla scorta dell'esperienza maturata in ambito ospedaliero, perché sono stato per trentatré anni medico in area di emergenza e in ospedale arrivavano spesso pazienti anziani o cronici. Ricordo che, all'arrivo di questi pazienti in ospedale, io prestavo le cure necessarie e, una volta stabilizzato il paziente, chiedevo ai familiari perché lo avessero portato in ospedale. Non si tratta di rifiutare il paziente, ma di dire che il paziente cronico e, nella fattispecie, il paziente affetto da Coronavirus può essere nella fase iniziale sicuramente trattato fuori dall'ambito ospedaliero.

Il ruolo dell'infermiere di famiglia - tengo a precisare che l'infermiere ha un ruolo fondamentale nell'attività ospedaliera, ma anche in quella a livello territoriale - è stato ripreso anche dal ministro Speranza nel cosiddetto decreto rilancio, con la previsione dell'assunzione di numerose migliaia di medici in tutta Italia per consentire la cura del paziente a domicilio.

Il discorso - e vado subito alla conclusione - è che l'unica arma che abbiamo è utilizzare le vaccinazioni. Sappiamo benissimo che le vaccinazioni devono essere effettuate sui pazienti a rischio e sul personale sanitario; mi corre l'obbligo di dire che tutti i sanitari e tutti quelli che gravano nell'ambito ospedaliero devono necessariamente essere vaccinati, perché questa è l'unica arma che abbiamo. Questo ci permette di cambiare l'ordine dei fattori, nel senso che dobbiamo pensare che ci potranno essere altri eventi particolari (speriamo mai), di fronte ai quali non ci dobbiamo far trovare impreparati. Bisogna intervenire pertanto sull'assistenza territoriale e con le vaccinazioni in vari punti. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Comunico che le mozioni sono state ritirate ed è stato presentato l'ordine del giorno G1.

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, esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno G1.

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

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FARAONE (*IV-PSI*). Signor Presidente, ringrazio tutti i colleghi che hanno lavorato alla stesura di questo ordine del giorno e ringrazio il Governo per aver partecipato. L'invito, sottosegretario Sileri, è quello di adoperarsi per fare in modo che quanto vi è scritto venga poi effettivamente utilizzato per l'azione che bisognerà mettere in campo. Lo dico perché reputo intollerabile che si possa dare rappresentanza politica o istituzionale a chi vuole scavalcare la fila per le vaccinazioni e perché credo che questo atteggiamento sia profondamente scorretto, oltre che disumano.

Prima si è immaginato di utilizzare la categoria «altri», che era stata individuata in Parlamento e dal Governo per dare mandato alle Regioni per stabilire quali potessero essere le tipicità su cui intervenire, oltre alle professioni sanitarie, che reputavamo fossero quelle che necessitavano prima di tutte di essere vaccinate. Si è così utilizzata quella categoria «altri» per privilegiare alcune professioni. Strano, ad esempio, che non siano rientrate mai tra le professioni da vaccinare prioritariamente le commesse e i commessi, che nemmeno in pieno *lockdown*, quello più spinto, hanno mai smesso di lavorare. C'è però stato questo tentativo e credo che le parole del generale Figliuolo e del presidente del Consiglio Draghi siano state chiare affinché questo tentativo possa essere sventato.

Oggi è di moda un altro dibattito su un altro privilegio possibile, che è quello territoriale: le zone *Covid-free*, zone franche in cui anticipare la vaccinazione e, anche in quel caso, utilizzare lo strumento per scavalcare la fila, non comprendendo che l'unico modo per rendere un luogo *Covid-free* è l'immunità di massa. Infatti, anche se vaccinati si è contagiosi, signor Sottosegretario.

È inaccettabile anche - e ha fatto bene il generale Figliuolo a sottolinearlo - che alcune Regioni decidano di "fregarsene" e di compiere scelte in autonomia. Io credo che l'unico elemento cui dobbiamo fare riferimento per stabilire le priorità siano i dati oggettivi, purtroppo, dei deceduti in questi tredici mesi di pandemia. Il 97 per cento di coloro che ci hanno lasciato nel nostro Paese, più di 110.000, è composto da persone che hanno avuto una o più malattie pregresse e l'età media delle persone decedute è di ottantun anni. Credo, quindi, che l'unico criterio oggettivo da utilizzare sia la vaccina-

zione prioritaria delle persone incluse in fasce d'età particolari e in condizioni particolari di fragilità e di disabilità. Credo che questo debba essere l'unico criterio che ci dobbiamo dare per proseguire nella vaccinazione.

Il secondo obiettivo da centrare è, poi, l'immunità di gregge, proseguendo sempre per fasce d'età, come è stato ribadito anche oggi dal ministro Gelmini e noi condividiamo pienamente. Naturalmente, per raggiungere l'immunità di gregge, è possibile utilizzare degli strumenti. Signor Sottosegretario, le chiediamo di agire preventivamente da questo punto di vista, programmando. Il passaporto vaccinale è uno strumento che sta funzionando in Israele e di cui dobbiamo dotarci, ma deve essere programmato già da ora. Dobbiamo evitare il limite di chi ogni volta programma gli strumenti di cui si deve dotare nel momento stesso in cui ne ha bisogno; vanno già da ora stabilite le modalità e le norme per la *privacy* che dovremo assolutamente rispettare. Lo strumento del passaporto inoltre sarà un incentivo alla vaccinazione e la speranza è che per raggiungere l'immunità di gregge non si debba mai arrivare all'obbligo vaccinale, ma, se l'obiettivo è quello, sarà assolutamente indispensabile prevederlo eventualmente.

Dai numeri del generale Figliuolo: 15 milioni di dosi ogni mese; in tre mesi 45 milioni di dosi di vaccini e l'immunità di gregge entro settembre. Se questo è vero, se noi sommiamo alla campagna vaccinale l'estate alle porte (abbiamo già visto che l'estate passata è stata una stagione che ha conosciuto una drastica riduzione dei contagi), se mettiamo insieme queste due azioni, noi possiamo dire che le prossime saranno le giornate della ripartenza per questo Paese. E se sono le giornate della ripartenza, Sottosegretario, dobbiamo programmare le ripartenze con un calendario preciso che riguarderà le scuole, gli esami di stato, che si dovranno svolgere in presenza, le attività all'aperto. Crediamo, Sottosegretario, che su quel fronte si possano ascoltare Burioni, Pregliasco, e i vari scienziati che dicono che in relazione a quelle attività si possono già fare concessioni di apertura purché in sicurezza: per lo sport, i teatri, il cinema, i ristoranti.

Un discorso va fatto per i tamponi. Ho detto del passaporto vaccinale sperimentato in Israele che funziona. Ebbene, in Inghilterra stanno sperimentando i tamponi gratuiti - due a settimana - ed è uno strumento da affiancare alla campagna di vaccinazione. L'abbiamo scritto nell'ordine del giorno, Sottosegretario, e le chiediamo di spingere in questa direzione, calendarizzando le riaperture ed evitando lo stupido *derby* fra chi è più aperturista e chi vuole tenere chiuso.

Tenere insieme l'emergenza sanitaria e quella economica è un tema che riguarda la classe dirigente di questo Paese nel suo complesso, e la calendarizzazione con date certe ci consentirà anche di evitare brutte figure e dannose, come la riapertura promessa per la stagione sciistica e mai mantenuta, con costi enormi di cui le imprese si sono dovute caricare. Accanto a questo naturalmente pensiamo che bisogna continuare con le azioni a sostegno delle imprese e dei lavoratori con il decreto-legge sostegni 2 e con le misure che saranno necessarie. Questi sono gli unici strumenti per fermare le proteste, che sono legittime se pacifiche, vista la condizione economica di questo Paese.

Già oggi, Sottosegretario, si può programmare la stagione turistica: possiamo dire che si andrà in vacanza in Italia, possiamo dire agli italiani che possono chiamare le agenzie di viaggio e prenotare la vacanza, perché questa è una condizione oggettiva a cui si potrà giungere. Allo stesso tempo, Sottosegretario, bisogna spingere sui farmaci monoclonali, che vanno usati di più nelle Regioni. Alcune Regioni lo stanno facendo e funzionano, lo stesso dovremmo fare - con una spinta da parte del Governo - su tutto il territorio nazionale.

Come Italia Viva abbiamo detto che servono 30 miliardi di investimento sulla sanità per potere garantire anche chi oggi non può permettersi cure, perché la nostra struttura sanitaria è fisiologicamente oberata a causa del Covid. Infatti esistono tante altre patologie e tanti altri interventi che stanno subendo duri contraccolpi: pazienti con altre patologie che rischiano di essere trascurati. Quindi, credo che investire in sanità sia assolutamente indispensabile così come investire nella sensibilizzazione per la campagna vaccinale.

La politica non deve mettere "il becco" sulla valutazione dei vaccini. La valutazione della bontà scientifica di un vaccino spetta all'EMA e all'Aifa in Italia, non ai Paesi membri della Comunità economica europea. Quello che è accaduto su AstraZeneca è intollerabile: un Paese non può decidere di interrompere la somministrazione di un vaccino che ha visto 86 casi di trombosi su 25 milioni, e di questi 86 casi soltanto 18 decessi, con gli altri Paesi che gli vanno dietro. Lo stesso sta accadendo su Johnson & Johnson: 6 casi su 7 milioni. Gli Stati Uniti decidono di interrompere, ma gli Stati Uniti hanno 300 milioni di dosi messe a disposizione da Moderna e Pfizer. Se in Italia e in Europa si sospende Johnson & Johnson e AstraZeneca senza alcun motivo scientifico, si interrompe la vaccinazione e si crea un enorme danno al Paese.

Sottosegretario, riteniamo necessaria un'azione che riguardi una campagna di sensibilizzazione forte, da accompagnare alle misure che le ho detto, come evidenziate dalla presidente Parente, prima firmataria dell'ordine del giorno. L'unico modo per uscire dall'emergenza economica è far funzionare la campagna vaccinale.

In conclusione, Sottosegretario, torneremo a proporre una Commissione d'inchiesta su quello che è accaduto in questi tredici mesi, perché, se da un lato, siamo convinti che occorra spingere sui vaccini e sulla gestione economica dell'emergenza economica, dall'altro dobbiamo a tutte le famiglie vittime del Covid la verità sugli errori commessi e sulle responsabilità per una situazione che, da certi punti di vista, ci è anche un po' sfuggita di mano. *(Applausi)*.

ZAFFINI *(Fdl)*. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZAFFINI *(Fdl)*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, siamo di nuovo in linea con l'impegno che in questi giorni abbiamo inaugurato di condividere, facendo ogni sforzo di comprensione, i documenti che attengono alle

grandi emergenze del nostro Paese in questo momento storico. Abbiamo sempre detto, e lo ha sempre ribadito il nostro presidente Giorgia Meloni, che avremmo avuto questo atteggiamento nei confronti dell'attività di Governo, che saremmo stati da stimolo e avremmo condiviso i provvedimenti ritenuti indispensabili e che ci saremmo opposti ai provvedimenti ritenuti non condivisibili.

In particolare, signor Presidente, il documento al nostro esame attiene alla campagna vaccinale e cioè, sostanzialmente, "all'ultima spiaggia", ovvero all'ultima possibilità di recuperare il tanto tempo perso e i tanti errori fatti. Onorevoli colleghi, è sotto gli occhi di tutti che nella vicenda dell'emergenza Covid abbiamo compiuto tantissimi errori e li abbiamo tutti puntualmente pagati, o meglio li hanno pagati gli italiani, in termini di decessi, di enormi sacrifici sopportati dalla nostra classe medica e da tutto il personale impegnato nell'emergenza Covid. Li abbiamo pagati, soprattutto, con una quantità enorme di crisi industriali, di posti di lavoro persi e di danni economici, che andranno ristorati e recuperati in tanti anni.

Rispetto a questo tema, colleghi, non dobbiamo tralasciare gli errori fatti. Non intendo dilungarmi di nuovo questi, innanzitutto perché odio parlare delle cose che abbiamo già ampiamente affrontato, ma in secondo luogo perché ritengo, come ha detto il collega Faraone e come abbiamo detto mille volte in Commissione, che quello che è accaduto, dalla dichiarazione dello stato d'emergenza ad oggi, debba essere affrontato e analizzato seriamente e lucidamente da una Commissione parlamentare di inchiesta. È ovvio che, rispetto a quello che sta accadendo, non possiamo fare da semplici spettatori distratti, o peggio interessatamente disinteressati: scusate il conflitto apparente di termini.

Dobbiamo convincerci della bontà del percorso, che peraltro era stato avviato in sede di Commissione già prima del Covid-19, ovvero quello di istituire una Commissione d'inchiesta parlamentare sul Servizio sanitario nazionale. Giacciono infatti in Commissione testi provenienti da tutte le parti politiche, che chiedono l'istituzione di una Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, a quarantuno anni dalla famosa legge che lo ha istituito. Dobbiamo ammettere che, pur avendo quarantuno anni, ne dimostra molti di più, almeno il doppio o il triplo. Serve quindi una sorta di riconsiderazione e di *ticket* per questo provvedimento legislativo e per le varie modifiche che nel tempo si sono stratificate su di esso, come il famigerato decreto ministeriale n.70 del 2015. Rispetto a tutto ciò, la vicenda Covid è intervenuta come una bomba atomica, stressando evidentemente tutte le strutture e accelerando tutti i processi di invecchiamento di tale provvedimento.

Il microfono continua a lampeggiare, Presidente, è una sorta di intimidazione che incombe sulle mie parole.

PRESIDENTE. No, senatore Zaffini, è solo che è entrato negli ultimi quaranta secondi.

ZAFFINI (*FdI*). No, Presidente, perché ho dieci minuti.

PRESIDENTE. Comunque continui a parlare, nessuno ha interrotto il suo intervento.

ZAFFINI (*FdI*). Era per segnalare che il microfono lampeggia.

Rispetto a tutto questo, colleghi, noi non possiamo non analizzare seriamente tutto quello che è accaduto in una sede adatta che è quella della Commissione d'inchiesta.

Nel mio intervento non intendo però occuparmi di questo, ma parlare in senso positivo di ciò che contiene l'ordine del giorno al nostro esame. Sono infatti molti i passaggi positivi che esso contiene e che a noi è stato dato modo di migliorare con alcuni dettagli. La parte essenziale è che noi, con la stessa onestà con cui dobbiamo ammettere che tanti errori sono stati compiuti, analogamente dobbiamo riconoscere, colleghi, che la parte che manca in questa enorme azione di campagna di vaccinazione è il vaccino. Abbiamo oggi, dove meglio e dove peggio, le Regioni che hanno risposto con i propri piani vaccinali e si sono attrezzate ad erogare e somministrare i vaccini necessari o, comunque, ritenuti utili al famoso piano per raggiungere l'immunità che io definisco generale e non di gregge, perché non mi piace il termine. (*Il microfono inizia a lampeggiare*).

Presidente, mi risultano ancora sei minuti per il mio intervento. Vorrei capire quanto tempo ho ancora a disposizione.

PRESIDENTE. C'è un problema tecnico che non dipende né da me, né da lei. Senatore, non guardi il lampeggiamento, parli finché deve parlare, la avviserò io quando le manca un minuto.

ZAFFINI (*FdI*). Grazie, Presidente.

Acclarata la circostanza non del tutto irrilevante che abbiamo preparato la mitragliatrice, come ho detto al generale Figliuolo, ma non abbiamo predisposto le munizioni, per cui ci siamo messi dentro un accordo - che andremo a valutare quando e se deciderete che dobbiamo assolvere al nostro ruolo e istituire una benedetta Commissione d'inchiesta - che ci ha impedito di avere i vaccini necessari. Oggi ci troviamo di fronte ad una grave circostanza: dobbiamo immediatamente attivare ogni possibile canale per aumentare la disponibilità dei vaccini da trasferire alle Regioni, che sono pronte a somministrarli. Continuiamo a intrattenerci, e sembra che ne abbiamo la volontà, con una sorta di azione di distrazione di massa; continuiamo infatti ad impegnarci su chi deve vaccinare, dove e come dobbiamo vaccinare, sullo scudo penale da riconoscere ai vaccinatori, se devono vaccinare i farmacisti o i dentisti, e su tutta una serie di discussioni, che però risultano ampiamente sterili nel momento in cui noi non diamo la disponibilità dei vaccini. Mi rivolgo al rappresentante del Governo, consapevole più di me che si tratta di un collo di bottiglia che sta strozzando l'intera campagna vaccinale.

Il primo passaggio importante di questo ordine del giorno è quindi l'impegno al Governo di attivare ogni possibile canale per acquistare al di fuori di quello che io definisco maledetto accordo europeo, i vaccini man mano che questi verranno validati dalle agenzie regolatorie; ricordo che ce sono circa 30 in fase di arrivo nella terza fase di sperimentazione.

Il secondo passaggio assolutamente importante, che abbiamo definito tale in Commissione, nel testo peraltro ottimamente elaborato dalla Presidente, concerne tutta la vicenda che attiene al personale. Come dicevamo prima, ormai abbiamo scarnificato in ogni sua parte la discussione sul personale. Oggi paradossalmente potremmo essere pronti, se solo avessimo la disponibilità dei vaccini, e di questo evidentemente ci stiamo preoccupando un po' tutti.

PRESIDENTE. Adesso ha proprio un minuto.

ZAFFINI (*FdI*). Sostanzialmente io manifesto, in questo ultimo lasso di tempo che mi è concesso, la soddisfazione per essere arrivati a redigere un documento unitario anche sulla campagna vaccinale, il che non era affatto scontato. Occorre però fare attenzione a che non si debba approfittare di questa disponibilità da parte dell'opposizione per trascurare la messa a regime di quanto scritto in questo documento. Evidentemente vi è l'impegno da parte di tutti a vigilare affinché questo accada con puntualità. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Le chiedo scusa per il problema tecnico, che ovviamente non dipende da noi.

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

IORI (*PD*). Signor Presidente, rappresentanti del Governo, colleghe e colleghi, stiamo affrontando il momento più difficile dall'inizio di questa emergenza sanitaria che si è presto trasformata in una emergenza sociale ed educativa, oltre che economica. Il Paese è provato da più di un anno di restrizioni, purtroppo necessarie per tutelare la salute dei cittadini e, nonostante il traguardo appaia meno lontano, la tenuta sociale e quella psicologica sono a rischio.

Oggi siamo tutti consapevoli che i vaccini e la possibilità di coprire nel minor tempo possibile la maggior parte della popolazione, a partire dai più anziani e dai più fragili, costituiscono l'elemento decisivo per raggiungere in tempi celeri l'immunità di gregge e per superare questa drammatica emergenza. La ripresa passa attraverso l'efficacia e la velocità della campagna vaccinale con cui si abbattano le curve dei contagi, dei ricoveri, dei decessi.

La scienza e la ricerca hanno messo a disposizione dei Governi più di un vaccino sicuro ed efficace in meno di un anno, a dimostrazione di quanto sia importante promuovere investimenti in sviluppo e ricerca nel settore scientifico sanitario. È evidente che è stata altresì fondamentale la scelta europea di una strategia comune, di una regia unica negli acquisti, ma non possiamo ignorare che sono stati commessi errori nella negoziazione contrattuale e nel rafforzamento della capacità produttiva industriale. Non è un caso che ora si stia correndo ai ripari su entrambe le questioni, con l'*ultimatum* dell'Unione europea ad AstraZeneca per colmare i ritardi nelle forniture

di dosi concordate. Da questo punto di vista ci siamo preoccupati con ritardo anche del tema della capacità produttiva delle aziende che hanno realizzato i vaccini. Sarà un monito per il futuro, ma oggi non è il tempo di soffermarci sui possibili errori; è il momento di mettere in campo tutte le nostre energie per ottenere un risultato vitale per l'Europa e per il nostro Paese: quello di non arrivare in ritardo al raggiungimento della immunità.

Per riuscire nell'intento dobbiamo superare innanzitutto le disparità territoriali, con cui spesso è stata gestita la campagna vaccinale. In questo senso accogliamo con soddisfazione l'ordinanza con cui il commissario Figliuolo ha indicato alle Regioni le priorità vaccinali per gli *over 80* e le persone vulnerabili. Le linee guida contenute nel piano vaccinale non sono state un elemento sufficiente per molte Regioni per comportarsi in modo virtuoso, razionale, lungimirante. Adesso dobbiamo guardare al futuro e procedere alla vaccinazione di coloro che, in base alle evidenze scientifiche, corrono i rischi maggiori se contraggono la malattia, ossia mettere in sicurezza le persone anziane, in cui si concentra più del 95 per cento dei decessi, e coloro che hanno note di particolare fragilità per la loro condizione. Storie di morte e solitudine ce ne sono state tante e la qualità della democrazia di un Paese e della sua civiltà si misura proprio sulla capacità di tutelare e proteggere i più fragili. Devo dire con dispiacere che purtroppo il federalismo sanitario ha mostrato certamente qualche esempio virtuoso ma anche dei limiti, determinando discriminazioni, mentre la salute è un diritto costituzionalmente garantito che non prevede differenze, deroghe o salti di fila. Il sistema sanitario come bene comune vale per i cittadini come vale per tutte le prestazioni erogate, che hanno subito un inevitabile arresto con l'impennata della crisi. Corriamo il serio rischio che, usciti dall'emergenza Covid, la situazione subisca contraccolpi ulteriori e non possiamo permetterlo, perché il nostro sistema universalistico va difeso, perché è valutato come uno dei migliori al mondo. Su questo tema dobbiamo essere uniti.

Sulla questione di cui tanto si parla e che riguarda gli eventuali rischi legati alla somministrazione del vaccino AstraZeneca, ritengo siano stati commessi degli errori di comunicazione, ma che sia necessaria una immediata campagna informativa che tranquillizzi i cittadini. Temo che inseguire il consenso pubblico nell'impossibile tentativo di promettere un rischio zero sia una strada fuorviante, perché si fonda su una motivazione solo politica e non scientifica. Ora il pericolo più grande che corriamo è che cresca la sfiducia dei cittadini nei vaccini e nelle istituzioni.

C'è infine un tema che mi sta particolarmente a cuore, perché riguarda la mia città e ha a che fare con la civiltà del diritto. Nelle nostre carceri, e in particolare nell'istituto penitenziario di Reggio Emilia, starebbe aumentando in modo significativo la concentrazione di positivi, con il rischio di sommosse e disordini. C'è un'emergenza che riguarda la vita delle persone e, se non si è in grado di provare solidarietà per chi sta scontando una pena, almeno si provi ad averla per i lavoratori impegnati nelle strutture penitenziarie, luoghi chiusi per definizione e sovraffollati. Per questo sarebbe importante riflettere sulla possibilità di andare avanti sulla somministrazione dei vaccini ai detenuti e alle guardie carcerarie. Si tratta infatti di comunità in perenne emergenza.

Colleghi, anche quando la fase acuta dell'emergenza - come speriamo - potrà essere attenuata e la campagna vaccinale avrà sortito gli effetti benefici auspicati, sarà necessario aver costruito una rete di protezione, perché il Covid, con le sue varianti, non scomparirà nel breve periodo. Occorrono una rete di protezione che preveda un piano nazionale di sorveglianza attiva, con uno *screening* diffuso e gratuito della popolazione. La chiusura delle agenzie educative ha prodotto danni gravi dal punto di vista degli apprendimenti, ma anche sul versante educativo e psicologico vi sono criticità che lasciano sconcertati. Occorre una rete di protezione che si fondi su altri strumenti diagnostici Covid e un piano di monitoraggio per bloccare, con misure tempestive, le varianti, scongiurando il rischio di inefficacia dei vaccini; una rete che si fondi sul rafforzamento delle cure domiciliari e della medicina territoriale. Nel frattempo, dobbiamo impedire che la campagna vaccinale subisca altre brusche frenate, che sarebbero molto gravi e, per farlo, serve una comunicazione delle istituzioni e della comunità scientifica chiara, che si esprima in modo semplice, spiegando le ragioni che motivano ogni scelta, rassicurando i cittadini. Serve una migliore strategia di approvvigionamento delle dosi.

Ora, nell'annunciare il voto favorevole del PD, voglio soffermarmi sul concetto di resilienza, un termine molto usato negli ultimi tempi. La resilienza, dal latino *resilire*, è la capacità non solo di resistere, ma anche di risalire, di affrontare e superare le avversità. L'intelligenza e la forza di una comunità sono direttamente proporzionali alla sua capacità di affrontare le criticità di un sistema che muta, traducendole in opportunità.

Invito dunque ognuno di noi a interpretare questo drammatico passaggio della storia del Paese nella direzione di una rinascita, di una ripartenza che potrebbe darci maggiori opportunità a patto che, nei prossimi mesi, sappiamo remare tutti nella medesima direzione. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ERRANI (*Misto-LeU*). Signor Presidente, noi condividiamo l'ordine del giorno in esame che reputo importante, anche perché traccia un percorso in relazione al dibattito che si sta svolgendo in questi giorni sul tema delle riaperture.

Il nostro Paese è stanco, i cittadini italiani sono stanchi e preoccupati e sono tante le manifestazioni in atto, ma la risposta più seria da parte nostra alla tensione non è certo quella di cavalcarla. Il Paese ha bisogno di definire una prospettiva e un percorso chiari, ma certamente le strumentalità nei confronti del ministro Speranza non andranno da nessuna parte. Come ha ben risposto il presidente del Consiglio Draghi, si può e si deve aprire, costruendo un percorso in sicurezza e lavorando su tre livelli insieme: vaccinazione, tracciamento e tamponi. Solo così possiamo riaprire le attività del Paese in sicurezza ed evitare, per esempio, quello che è successo ad altri Paesi, come la Germania o la Francia, ma anche alla Sardegna.

Dobbiamo smettere di avere un atteggiamento pendolare - mi rivolgo a chi ce l'ha - quello di insistere che bisogna riaprire per poi trovarci di nuovo di fronte a un'emergenza che non siamo in grado di governare. Finché non saremo capaci di riattivare il tracciamento collegato ai tamponi, riaprire è un percorso complesso. Dobbiamo dirlo con onestà e con chiarezza ai cittadini. Ieri abbiamo fatto un incontro con un'associazione di ristoratori e di gestori di palestre. Credo che questo ragionamento siano in grado di capirlo, se la politica, il Governo, le istituzioni insieme e la Repubblica sono capaci di pronunciare parole chiare, sincere e oneste rispetto al percorso che ancora dobbiamo intraprendere.

Condivido il fatto che dobbiamo avere un'omogeneità di comportamento nelle Regioni e condivido anche - lo voglio dire con chiarezza - che rispetto alle indicazioni date dal commissario sulla priorità nelle vaccinazioni, cioè partendo dall'età - è lì il problema più serio della fragilità, dei rischi e purtroppo dei troppi decessi che ancora stiamo scontando - chi si muove diversamente deve vedere un intervento del Governo, perché nessuno può fare quel che gli pare all'interno delle Regioni. Questo lo ha detto con molta chiarezza in una recente sentenza la Corte costituzionale, in relazione a una legge sulla Val d'Aosta. Nella Costituzione ci sono tutti gli elementi chiari per garantire - a questo punto dico "garantire" - un'omogeneità nella gestione dei vaccini. È un punto fondamentale per dare sicurezza e una prospettiva al Paese.

Infine, credo siamo consapevoli del fatto che il problema che abbiamo di fronte ha dei tempi di soluzione lunghi e non lo risolveremo solo con l'attuale campagna vaccinale, in quanto nei prossimi anni dovremo continuare a fare i richiami vaccinali. Dobbiamo sapere ciò e dirlo.

A tal proposito, si pone un grande problema. Come assicuriamo, in questa campagna e per il futuro, che i vaccini siano a disposizione come bene comune per tutti i cittadini? E mi riferisco a tutti i cittadini del mondo, in quanto può sembrare superfluo - anche se purtroppo non lo è - dire che il problema della pandemia non si risolve se si procede alla vaccinazione solo nei Paesi ricchi. Ci troviamo nell'era della globalizzazione e gli Stati devono affrontare questo tema. Attualmente 110 Paesi al mondo non hanno somministrato nemmeno una dose di vaccino. Vi rendete conto che, se continuiamo a muoverci in questa direzione, il tema si rivelerà ingestibile?

Nella contrattazione con le case farmaceutiche l'azione della Commissione europea ha avuto dei limiti gravi, che non bisogna nascondere. Allo stesso tempo, però, la Commissione europea ha deciso una cosa importante, ossia costituire una commissione *ad hoc* per riscrivere i rapporti con Big Pharma. Colleghe e colleghi, questo tema è ineludibile: o noi troviamo la forma per riconoscere il valore aggiunto della ricerca - e, dopodiché, consentire ai Paesi la produzione dei vaccini con tutto il sapere scientifico - oppure non risolveremo il problema. È indubbiamente così.

Se volete un esempio, basta guardare a quanto successo con i farmaci per l'AIDS. Fino a che, come previsto dagli accordi Trips, non si è data la possibilità di produrre i farmaci per l'AIDS al Sudafrica e ad altri Paesi in grande difficoltà, la questione è stata un'emergenza mondiale. Su questi punti occorre dunque riflettere.

Termino soffermandomi sul tema della comunicazione. Sottosegretario Sileri, è bene fare una comunicazione corretta. Ho sentito annunci secondo cui sarebbero arrivati 40, 50 o 100 milioni di vaccini e non credo che questa sia la comunicazione più giusta per dare certezza ai cittadini. Occorre forse invertire il meccanismo, rassicurando i cittadini non lanciando messaggi tipo quelli che abbiamo dato sul numero dei vaccini che arrivano, bensì dando garanzie che si fa ciò che si dice, a partire dagli anziani e dai più fragili. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SICLARI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, onorevoli colleghi senatori, signori membri del Governo, sulla tematica dei vaccini, come su tutte le questioni più delicate che attengono alla salute e alla vita delle persone, Forza Italia ha sempre dato - anche dall'opposizione, nei precedenti Governi - quel supporto istituzionale utile a fare squadra per il Paese per superare l'emergenza sanitaria.

Sin dall'inizio della pandemia abbiamo proposto in quest'Aula, con la guida del capogruppo Anna Maria Bernini, delle soluzioni tecniche e sanitarie che poi sono state considerate valide e opportune anche dal Comitato tecnico-scientifico. Allora abbiamo proposto soluzioni e metodi per anticipare il virus ed evitare la diffusione veloce dei contagi. Oggi, con lo stesso spirito costruttivo di allora e con la responsabilità istituzionale di sempre, siamo impegnati ad attuare tutte le soluzioni possibili per far uscire il Paese il prima possibile dalla morsa pandemica. (*Applausi*).

Tra le diverse proposte di Forza Italia, abbiamo elaborato e presentato al Governo Draghi il piano vaccinale, sul quale ho avuto l'onore e il privilegio di aver lavorato personalmente come medico, insieme ai colleghi di partito di Forza Italia, e che il commissario Figliuolo ha apprezzato e condiviso in parte, con lo scopo unico di arrivare all'obiettivo dell'immunità di gregge il prima possibile. Abbiamo proposto e ottenuto la vaccinazione nelle farmacie, per permettere una possibile inoculazione del vaccino in modo più capillare. Abbiamo chiesto lo scudo penale per i vaccinatori, per incentivare tutti i medici e gli operatori sanitari a rendersi disponibili per inoculare i vaccini, perché per uscire dalla crisi serve vaccinare il più velocemente possibile tutti e in tempo breve.

Sempre in materia di vaccini, colleghi senatori, aggiungo che oggi abbiamo depositato un'interrogazione al Ministro della salute per sapere a chi verrà attribuita la responsabilità qualora non vengano consegnati i vaccini nei termini e nei tempi prestabiliti, provocando ritardi nel raggiungimento dell'immunità di gregge ed aggravando così la crisi economica e finanziaria del nostro Paese, delle piccole e medie imprese e delle singole famiglie.

Inoltre, con l'interrogazione abbiamo chiesto di conoscere chi risponde dei casi, rarissimi, di eventuali e gravi effetti collaterali. Anche qua-

lora si verificasse un caso ogni 100 milioni di vaccinati, va comunque tenuto in considerazione per non lasciare sola quella famiglia che ha subito un grave danno da vaccino, e nello stesso momento per incoraggiare, per trasparenza amministrativa - è l'aspetto più importante - i cittadini a credere e avere fiducia nel grande lavoro che insieme stiamo portando avanti, convintamente, sul piano vaccinale. (*Applausi*). Questo ci permette anche di superare la diffidenza verso alcuni vaccini; ne stiamo discutendo tutti i giorni in Commissione salute con il presidente Parente.

Come ha denunciato il governatore Musumeci, in Sicilia l'80 per cento dei cittadini rifiuta il vaccino Astrazeneca. Questa diffidenza oggi rischia di interessare, ingiustamente, anche Johnson & Johnson, secondo le notizie delle ultime ore. Ci sono grossi rallentamenti legati alla carenza di personale medico, soprattutto nelle Regioni commissariate come la Calabria. Inoltre, le società interinali contrattualizzate dal Governo non hanno contattato i medici in pensione che hanno già dato la loro disponibilità a vaccinare sin da subito. Ed è per questo che abbiamo fatto un ulteriore sollecito e abbiamo voluto che venisse inserito anche questo tema nell'ordine del giorno presentato.

Non è condivisibile il fatto che la Campania stia lavorando autonomamente perché crede di potercela fare da sola: è un messaggio che non può e non deve passare; dobbiamo lavorare seguendo un unico piano vaccinale, che deve essere il piano vaccinale del commissario e del Governo.

Anche all'interno della mia categoria, quella dei medici, riscontriamo la denuncia di alcuni colleghi che non si sono vaccinati e che addirittura sbagliano - mi permetto di dirlo in quest'Aula ai colleghi - perché sconsigliano di vaccinare: questo è il più grande errore. Per altro verso, bisogna fare presto e bene per dare risposta a quella parte del Paese che scende giustamente in piazza per chiedere al Governo di fare presto, di fare il prima possibile in quanto la crisi sta schiacciando le famiglie italiane e le piccole imprese che temono di non farcela più per ripartire.

Tutto il nostro partito, con il presidente Berlusconi e il vice presidente Tajani, ha chiesto al Governo di fare una verifica della situazione il 20 aprile, per valutare - naturalmente seguendo i parametri tecnici, tra i quali la curva del contagio e l'attuazione del piano pandemico - dove è possibile riaprire le attività. E per questa ragione stiamo lavorando per presentare al presidente Draghi un piano tecnico per favorire le riaperture in sicurezza e il prima possibile. (*Applausi*).

Pertanto, il presente ordine del giorno, che raccoglie quanto proposto da Forza Italia, che - come ho detto in premessa - si è sempre contraddistinta per l'alto senso responsabilità e per spirito di servizio nei confronti del Paese, vuole essere un ulteriore *input* politico rivolto al Governo. Tuttavia, è arrivato il momento di cambiare passo e accelerare decisamente verso il traguardo finale.

A nome del Gruppo parlamentare Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC annuncio il voto favorevole all'ordine del giorno unitario, in quanto contiene una relazione dettagliata, compiuta e completa della situazione vaccinale odierna e contribuisce politicamente a dare soluzioni per velocizzare e rendere più efficiente piano vaccinale accogliendo le nostre proposte.

L'ordine del giorno, in effetti, tra i tanti punti affrontati, impegna in particolar modo il Governo con urgenza a rivedere il piano vaccinale per superare i ritardi attuali, nel senso di accoppiare i tipi vaccinali adeguati ai *target* di età, potenziando le risorse umane sanitarie impegnate nella vaccinazione. Inserisce, altresì, tra le priorità vaccinali coloro che operano a contatto con il pubblico e, tra questi, anche il personale docente e non docente della scuola; prevede di reprimere e sopprimere gli eventuali abusi, come per esempio il famoso elenco di cittadini vaccinati che si trovano sotto la voce "altro" - giustamente rilevato anche dal presidente Draghi - dove si possono leggere i nomi di coloro che non avevano diritto a vaccinarsi in questo momento e che si sono invece vaccinati, scavalcando in modo immorale e incosciente gli aventi diritto e le figure fragili. (*Applausi*).

L'ordine del giorno prevede, poi, di accelerare le somministrazioni e impegnare adeguate risorse, sia nel campo della ricerca, degli anticorpi monoclonali, del vaccino italiano ReiThera, sia sulla valutazione dei *follow-up* delle persone vaccinate, fondamentali per capire che cosa accadrà nei prossimi mesi rispetto al piano vaccinale che stiamo attuando, convinti che è l'unica arma per poter uscire dalla pandemia.

Il nostro è quindi un convinto sì all'ordine del giorno e un pieno appoggio al Governo, perché riesca a tradurre in azioni concrete gli elementi che il Parlamento gli affida considerando, signor Presidente e signori rappresentanti del Governo, che, accogliendo la nostra proposta sul piano vaccinale, si esalta il significato del vaccino, inteso come strumento che azzera le disuguaglianze nel mondo, colorando di luce e di speranza il diritto alla salute, che diventa veramente universale e alla portata di tutti i cittadini del mondo e, nello stesso tempo, uno strumento di solidarietà perché ci si vaccina non soltanto per se stessi, ma soprattutto per prevenire la trasmissione del virus e le altre nuove varianti, così come sta accadendo per il Covid.

Per queste ragioni il Gruppo Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC annuncia il proprio voto favorevole. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, posto che sono già stati fatti molti interventi di pregio sull'argomento, assorbenti quanto avrei voluto esporvi, vorrei solo sottolineare, come ebbi già avuto modo di dire anche in quest'Aula, che non sono i vaccinatori a mancare, ma i vaccini.

Quindi, ben venga tutta l'attenzione al reperimento delle dosi, com'è stato annunciato e secondo gli impegni dedotti nell'ordine del giorno. Mi raccomando anche di dare la giusta attenzione alla previsione del piano di sorveglianza attiva e genomica, di governo della mutabilità del virus, di contenimento in sicurezza nelle sue varianti e di monitoraggio delle loro interazioni con il sistema immunitario e con i farmaci, a garanzia dell'immunizzazione di massa.

Chiunque abbia idee pratiche su come approvvigionare quantitativi addizionali in emergenza merita di essere supportato, purché iniziative coerenti con il quadro di riferimento europeo.

Approfitterei dei pochi minuti restanti per invitarvi ad una stravagante quanto paradossale riflessione, che potrebbe suonare più o meno così: «Benvenuto Covid». Se è vero, infatti, che abbiamo avuto 115.000 vittime per la pandemia, altrettanto vero è che, in modo miracolistico, dalle statistiche ufficiali pare che siano 'scomparsi' i morti per infarto, per cancro e altre patologie, almeno nei mesi di gennaio e di febbraio di quest'anno. Ho cercato infatti di confrontare i dati rilasciati dall'Istat sui decessi ufficiali e, non da sola per la verità, ci siamo resi conto che c'è qualcosa che non quadra. L'Istat attesta, invero, che la mortalità a livello nazionale nei mesi di gennaio e di febbraio è marginalmente superiore a quella della media degli anni precedenti. Ad uso esclusivo degli amanti dei numeri: 1.125 in più in due mesi, già depurati dei dati del 2020. Sempre tanti, perché di persone trattasi, ma, a differenza di quanto è successo a inizio pandemia, oggi non c'è quell'ecatombe che siamo abituati quotidianamente ad ascoltare e che ci dà conto di una media giornaliera ponderata di oltre 400 decessi Covid; se così fosse, in due mesi sarebbero pari a circa 24.000 decessi in più, rispetto ai 1.125 registrati, e dovrebbero trovare contezza nelle statistiche. I vaccini sicuramente hanno contribuito al calo della mortalità, perché, seppur a macchia di leopardo e con qualche inefficienza, nello stesso periodo sono stati 4 milioni quelli che hanno avuto almeno la prima dose, il che senz'altro ha contribuito a contrastare la diffusione del Covid. Ma ciò non basta a spiegare questa discrasia.

Sono certa che ci sarà un momento in cui sarà fatta luce anche su questo nel frattempo, essendo state profuse tutte le energie necessarie sui vaccini e oggi la macchina è sicuramente in grado di arrivare a 500.000 vaccinazioni giornaliere, penso che sia nostro dovere tutelare coloro che sono affetti da altre patologie, che a causa del Covid sono state depriorizzate. (*Applausi*). Come è emerso nella trattazione della precedente mozione, non è possibile che su tutto il territorio nazionale, nei mesi di gennaio e di febbraio, i morti per le prime dieci patologie che affliggono la nostra società siano diminuiti di oltre 22.000 unità, dopo che, da più di un anno, sono stati sospesi, differiti o interrotti il 50 per cento delle attività di ricovero e cura e oltre il 30 per cento degli *screening* e delle visite di controllo. Se così fosse, ci dovremmo porre interrogativi ancor più gravi.

Da qui nasce la mia 'stravagante' riflessione "se il Covid faccia guarire da tutte le altre patologie": siccome questo non è vero, sarà necessario fare luce sul perché in Italia risultano rilevati molti più morti per Covid che negli altri Paesi dove la sanità è uguale o anche meno efficiente della nostra. (*Applausi*). Non sono convinta che da noi - e questo l'abbiamo già visto - nonostante la mancanza del piano pandemico e il mancato massiccio ricorso alle cure territoriali, ci sia stata da una parte una spropositata conta di decessi (esclusi i primi due mesi, quando si brancolava nel buio) e dall'altra una miracolistica guarigione immotivata. Invito a riflettere, ma contestualmente ad andare oltre, non facendo mancare il nostro supporto al sistema, per intervenire in modo tempestivo e appropriato sulle vaccinazioni, sì da poter

dedicare tutte le attenzioni verso le altre patologie. Questo dovrebbe essere il senso ultimo dell'ordine del giorno che ci apprestiamo ad approvare, al di là degli specifici impegni richiesti al Governo per una profilassi vaccinale che sia così capillare e diffusa da evitare altre successive recrudescenze: coniugare piano strategico vaccinale e piano nazionale di recupero delle attività di *screening*, di presa in carico e degli interventi delle patologie no Covid con un patto etico di corresponsabilità tra istituzioni, Stato e Regioni, erogatori ed operatori, riorientando tutte le risorse disponibili allo scopo.

Il nostro voto è conseguentemente favorevole. (*Applausi*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PIRRO (*M5S*). Signor Presidente, gentili colleghi, prendo la parola in quest'Aula sempre più convinta che, al termine di questa emergenza sanitaria, sarà necessario aprire una seria riflessione sul Titolo V della Costituzione.

L'autonomia regionale nella gestione della sanità ha mostrato tutti i suoi limiti e, come il Movimento 5 Stelle chiede da anni, non sarà più rinviabile una discussione in merito. Sappiamo tutti benissimo che questa pandemia ha messo a dura prova il nostro Servizio sanitario nazionale, reduce da tagli che si sono perpetuati negli anni: circa 37 miliardi di euro in dieci anni. L'aspetto positivo è che anche chi di quei tagli è stato responsabile quando era al Governo sembra oggi aver finalmente capito che sulla sanità non si può lesinare.

Abbiamo visto anche che alcuni sistemi regionali, quelli in cui - ad esempio - si era puntato molto sul privato, depauperando la medicina del territorio, hanno sofferto più degli altri; penso, per esempio, alla Lombardia. Abbiamo visto Regioni che, pur di non abbandonare i propri sistemi di prenotazione regionale in favore di quello statale di Poste Italiane, sono andate incontro a problemi gravissimi. Abbiamo visto e purtroppo vediamo ancora differenze regionali sia nella campagna vaccinale che nell'uso dei monoclonali: Regioni in cui si è scelto di dare precedenza ad alcune categorie professionali anziché agli anziani (guardiamo l'Umbria con gli avvocati); Regioni in cui gli anticorpi monoclonali sono stati consegnati, ma non sono stati usati (eppure sappiamo benissimo che si tratta di una terapia in grado di ridurre in modo drastico un decorso nefasto della malattia e i ricoveri in terapia intensiva); in Calabria è stato trattato un solo paziente. Abbiamo poi visto *boutade* elettorali, come quella fatta dal governatore De Luca, che non vuole dare precedenza ad anziani e fragili, peraltro sconfessando quanto deciso in Conferenza Stato-Regioni.

Come se non bastasse, assistiamo a una diatriba sulle riaperture, quasi si trattasse di una presa di posizione politica, una specie di finto braccio di ferro tra "aperturisti" e "rigoristi", con date lanciate a casaccio, che alimentano le ansie dei cittadini, quando basterebbe davvero un po' di senso di responsabilità; lavorare sui ristori, come abbiamo fatto fino ad ora; ragionare sulle riaperture in modo laico, trattandosi di una questione sanitaria, parten-

do dai dati scientifici e dall'andamento della campagna vaccinale. (*Applausi*).

In tutto questo abbiamo dei punti fermi. Sappiamo per esempio - o dovremmo saperlo tutti - che le fasce a zone sono quelle che ci hanno consentito negli ultimi mesi di fare delle riaperture e che in questo anche l'andamento della campagna vaccinale gioca un suo ruolo. È imprescindibile procedere sulla base dell'età e del rischio medico, perché solo mettendo in sicurezza chi rischia conseguenze più gravi potremmo avviarci all'apertura in sicurezza. Proteggiamo i più fragili: in questo modo arriveremo ad avere meno ricoveri in terapia intensiva, gli ospedali soffriranno meno e riusciremo a riaprire.

Non c'è spazio, certo, per quella scelta scellerata di illudere chi ha pagato le conseguenze peggiori delle chiusure. È tremendo scegliere di far leva su questo per racimolare dei voti. È tremendo prendere in giro i cittadini; dobbiamo essere sinceri: meglio attendere una settimana in più prima di aprire, ma farlo in sicurezza. Evitiamo il ripetersi di quanto accaduto con la Sardegna che, dopo due settimane di liberi tutti, è ripiombata prima in zona arancione e ora addirittura in zona rossa. Allora, da un lato i vaccini e dall'altro i ristori.

Sul fronte dei vaccini non si può sottacere un atteggiamento vergognoso da parte di alcune case farmaceutiche che ritardano le consegne e alzano i prezzi. Per questo il MoVimento 5 Stelle sta portando avanti una battaglia ben precisa.

Dobbiamo attrezzarci per la produzione locale, soprattutto di vaccini a mRNA e dobbiamo liberalizzare i brevetti con gli strumenti consentiti dai accordi Trips. (*Applausi*). È fondamentale sia per velocizzare la campagna vaccinale sia soprattutto per garantire che i vaccini arrivino a tutti, anche ai Paesi più poveri.

Non sfugge a nessuno che da questa pandemia è il mondo intero a dover uscire, e non solo una parte, non solo la parte ricca che si può permettere i vaccini, ma tutti quanti; è un discorso etico, un discorso di sicurezza sanitaria. (*Applausi*). In tutto questo è importante non abbandonare l'azione globale portata avanti dall'Europa.

Da quel *vaccine day* del 27 dicembre sono successe molte cose, ma ci sentiamo di scongiurare in ogni modo la spinta all'uso di vaccini non approvati dall'Agenzia europea dei medicinali. Basti guardare cosa sta accadendo, per esempio, in Cile, dove la politica ha deciso al posto della scienza: hanno usato un vaccino che non era stato testato a sufficienza e ora si ritrovano con i contagi in salita e con una copertura non sufficiente della popolazione. Allo stesso modo, non possiamo rivolgerci ai mercati paralleli, come propone qualche Presidente di Regione, che non forniscono garanzie e possono alla fine risultare penalizzanti per la strategia comune europea.

Ci sono stati intoppi - è inutile negarlo - ma non dobbiamo nemmeno dimenticare che è grazie ai vaccini se riusciremo a lasciarci alle spalle questa pandemia. E allora muoviamoci per risolvere le criticità: sospendiamo le licenze, iniziamo a produrre i vaccini, iniziamo a non dover più dipendere da nessuno; un piccolo passo per riprenderci quanto abbiamo di più caro nel modo più veloce possibile: la nostra libertà.

Per questo, il voto del MoVimento 5 Stelle sarà favorevole all'ordine del giorno unitario. *(Applausi)*.

CRUCIOLI *(Misto)*. Domando di parlare per dichiarazione di voto in dissenso dal mio Gruppo.

PRESIDENTE. Ne prendo atto e le do la parola.

CRUCIOLI *(Misto)*. Signor Presidente, L'Alternativa C'è voterà contro l'ordine del giorno in esame per ragioni di merito e di metodo: di metodo, perché l'ordine del giorno è pervenuto pochi minuti fa e, quindi, non ci ha consentito una disamina approfondita; di merito, perché basta leggere il primo capoverso per vedere una narrazione autoassolutoria di tutti i partiti che compongono la maggioranza e anche la finta opposizione. Basti leggere che «il sistema nazionale ha risposto nel miglior modo possibile»: non è vero. La realtà è assolutamente diversa... *(Commenti)*.

PRESIDENTE. Lasciate parlare il senatore Crucoli.

CRUCIOLI *(Misto)*. ... sono stati commessi errori clamorosi. *(Proteste)*.

Smettetela di ragliare! Fatemi parlare.

PRESIDENTE. Senatrice Rauti, per cortesia.
Concluda, senatore.

CRUCIOLI *(Misto)*. Ci sono stati errori evidenti sia nel reperimento dei vaccini sia nella scelta delle persone da vaccinare, come nelle chiusure che sono state eccessive. Adesso qui si dice che invece il sistema ha risposto nel miglior modo possibile. Non è vero.

Voteremo contro. L'Alternativa C'è è l'unica opposizione. *(Proteste)*.

PRESIDENTE. Colleghi, il senatore Crucoli ha fatto la sua dichiarazione di voto. *(Commenti)*. Pregherei di non continuare.

Senatrice Rauti, la richiamo all'ordine.

Colleghi, non stiamo attribuendo un'eccessiva rilevanza?

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'ordine del giorno G1, presentato dai senatori Parente, Errani, Pirro, Fregolent, Iori, Laniece, Siclari e Zaffini.

(Segue la votazione).

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

Commissione straordinaria per il contrasto dei fenomeni di intolleranza, razzismo, antisemitismo e istigazione all'odio e alla violenza, convocazione

PRESIDENTE. Comunico che la Commissione straordinaria per il contrasto dei fenomeni di intolleranza, razzismo, antisemitismo e istigazione all'odio e alla violenza, di cui alla mozione approvata dall'Assemblea del Senato il 30 ottobre 2019, è stata convocata, per la sua costituzione, giovedì 15 aprile 2021, alle ore 12,30, nell'Aula della 10ª Commissione permanente.

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 mercoledì 14 aprile 2021**

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica domani, mercoledì 14 aprile, alle ore 9,30, con il seguente ordine del giorno:

- I. Discussione della mozione n. 325, Urso ed altri, sulla realizzazione di un piano strategico per la siderurgia
- II. Discussione di mozioni sulla concessione della cittadinanza italiana a Patrick Zaki e sulle iniziative per la sua liberazione
- III. Discussione della mozione n. 281, De Petris ed altri, sulla celebrazione del 150° anniversario della proclamazione di Roma capitale
- IV. Discussione della mozione n. 238, Nugnes ed altri, sulla rimozione dell'embargo nei confronti di Cuba

La seduta è tolta (*ore 20,26*).

Allegato A**MOZIONI****Mozioni sull'adozione di un nuovo Piano oncologico nazionale****(1-00289)** (27 ottobre 2020)

BINETTI, RIZZOTTI, STABILE, SICLARI, SACCONI, MALLEGNI, PAPANICOLAOU, CALIGIURI, GALLONE, MODENA, ALDERISI, GIRO, MINUTO, TOFFANIN, CALIENDO, PEROSINO, FERRO, BARBONI, MASINI, CANTÙ, DORIA, FREGOLENT, LUNESU, MARIN. -

Ritirata

Il Senato,

premessi che:

considerando l'emergenza sanitaria causata dall'epidemia da coronavirus, la celebrazione della giornata nazionale del malato oncologico del 17 maggio 2020 si è svolta "a distanza" e le associazioni si sono confrontate sul documento programmatico realizzato dalla FAVO (Federazione delle associazioni di volontariato oncologico) e dalle relative società scientifiche con l'obiettivo di capire come superare l'emergenza da COVID-19 e favorire il ritorno alla normalità delle cure e al riconoscimento dei diritti dei malati di cancro;

la giornata nazionale del malato oncologico, istituita con direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 19 gennaio 2006 e modificata successivamente con direttiva del 5 marzo 2010 (pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 15 aprile 2010), si celebra ogni anno nella terza domenica di maggio ed è dedicata al malato, agli ex malati, ai sopravvissuti al cancro e a tutti coloro che hanno vissuto da vicino la malattia condividendone ansie, preoccupazioni, speranze. A distanza di alcuni mesi, è stata organizzata una seconda parte della giornata, per ragionare sui dati raccolti nel rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici;

rilevato che:

ogni anno, in Italia circa 370.000 cittadini sono colpiti dal cancro. Attualmente, il 50 per cento dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti. Dell'altro 50 per cento una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo. I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della medicina e della chirurgia e le nuove terapie contro il tumore stanno mostrando effetti positivi sul decorso della malattia, allungando, anche sensibilmente, la vita dei malati senza speranza di guarigione. Ma, se da una parte i vantaggi del progresso scientifico hanno cancellato l'ineluttabile equazione "cancro uguale morte", dall'altra sono sorti nuovi problemi che riguardano proprio la vita dei malati: uomini e donne

di qualsiasi età, di qualsiasi condizione sociale, sono diventati i protagonisti di una lotta al proprio cancro che coinvolge quotidianamente il loro corpo e la loro mente. Si tratta di una lotta difficile e coraggiosa contro quella che le associazioni di volontariato oncologico hanno definito la "nuova disabilità di massa", in quanto il prolungamento della vita dei malati che non guariscono costituisce un problema sociale di grande rilevanza;

accesso alle terapie, riabilitazione e qualità della vita, difficoltà nel rapporto medico-paziente, cure palliative e terapia del dolore, diritti sul lavoro e corretta informazione ai pazienti sono solo alcune delle problematiche che vengono sollevate e approfondite di anno in anno e per tale motivo la giornata rappresenta l'occasione di portare all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica i bisogni dei malati oncologici e dei loro familiari;

ancor prima dell'emergenza COVID era già chiaro come fosse urgente fare una riflessione sui costi economici e sociali del cancro per i pazienti e le famiglie, per evidenziare l'entità e le caratteristiche dei costi e dei disagi nelle loro linee generali e consentire l'elaborazione di stime di impatto complessivo sul sistema Paese, anche alla luce del raffronto con i valori e i dati raccolti fino ad allora. Di grande interesse per la tutela della salute del paziente oncologico è tenere sotto controllo il disagio economico e il disagio psicologico;

concretamente sono stati evidenziati due livelli di disagio economico: il disagio economico di base, e cioè la misurazione di un primo livello di difficoltà economiche, legato alla quotidianità della vita del paziente e della sua famiglia e il disagio economico rilevante proprio dalle spese affrontate per far fronte alla patologia fin dal momento della sua diagnosi. Analogamente, per l'ambito psicologico occorre tener presente il disagio psicologico di base, cioè la misurazione di un primo livello di disagio psicologico, a partire dal profilo psicologico del paziente e il disagio psicologico rilevante, che ha origine nella diagnosi tumorale. In una indagine costruita *ad hoc* su 1.289 pazienti risulta che il 70 per cento dei pazienti intervistati manifesta condizioni di disagio economico e il 50 per cento rivela un disagio psicologico;

nei pazienti neoplastici il decorso dell'infezione da COVID-19 risulta più sfavorevole sia sotto il profilo del fabbisogno di ricovero in terapia intensiva, che nell'incidenza dei decessi; una *review* dell'"European journal of cancer" riferisce di un tasso di mortalità complessivo pari al 25,6 per cento; tasso che aumenta fino al 35 per cento se il tumore è in fase attiva. In Italia l'associazione tra tumore e COVID-19 ha fatto registrare il 12 per cento dei decessi durante la pandemia (rapporto Istat - Istituto superiore di sanità "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-COV-2", 16 luglio 2020);

sotto il profilo della prevenzione e della possibilità di ottenere una diagnosi precoce, bisogna tener conto che a causa dell'emergenza da COVID le biopsie sono diminuite del 52 per cento, le visite presso i reparti di oncologia si sono ridotte del 57 per cento e si sono registrati ritardi per il 64 per cento degli interventi chirurgici. Concretamente in Italia, nei primi 5

mesi del 2020, sono stati eseguiti circa un milione e quattrocentomila esami di *screening* in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (dati AIOM ed ESMO 2020). Ovviamente ciò ha comportato una netta riduzione non solo delle nuove diagnosi di tumore della mammella (2.099 in meno) e del colon-retto (611 in meno), ma quando la diagnosi è stata fatta la patologia era già in fase avanzata e quindi meno curabile, dal momento che l'individuazione di tali neoplasie in fase avanzata determina minori probabilità di guarigione e costi delle cure più elevati;

considerato che:

in compenso, i pazienti e i professionisti hanno imparato a fare ricorso alla telemedicina che è stata apprezzata dall'80 per cento di loro, sebbene i risultati non siano ancora pienamente soddisfacenti, né sul piano clinico, né sul piano della relazione tra medico e paziente. Gli effetti negativi della pandemia sull'assistenza per i pazienti neoplastici vanno considerati in un più ampio contesto generale di gravi carenze strutturali e di altrettanto gravi ritardi nell'adeguamento e nell'ammodernamento, tecnologico e di processo, del Servizio sanitario nazionale in ambito oncologico;

per tutti i pazienti, in particolare per i malati oncologici, persiste una grave e inaccettabile disuguaglianza territoriale, che è strutturalmente contraria ai principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, che sta generando ulteriori disparità nella disponibilità dell'innovazione. Molta della strumentazione diagnostica appare obsoleta. Ad esempio, degli 865 mammografi ancora analogici, solo 18 hanno un'età inferiore ai 5 anni, altri 121 hanno un'età compresa tra i 5 e i 10 anni e 726 superano i 10 anni. Quindi si può ragionevolmente affermare che l'84 per cento di loro sono inadeguati a rilevare le lesioni in fase iniziale e diagnosticano solo falsi negativi;

i programmi di telemedicina che, durante l'emergenza sanitaria, hanno rappresentato una valida alternativa ai consulti e alle visite compresi nei percorsi di *follow up*, e che potrebbero diventare uno strumento per il potenziamento delle attività ordinarie, presentano un eccessivo grado di variabilità territoriale, addirittura nell'ambito di un medesimo servizio sanitario regionale;

tra i fattori di rischio a cui è più facilmente esposto il malato oncologico vi è poi la mancata integrazione tra ospedale e territorio, che costituisce ancora oggi uno degli ostacoli più gravi nel modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per i pazienti cronici;

dopo aver faticosamente cercato di creare dei *tumoral board*, caratterizzati da competenze avanzate e integrate sotto il profilo multiculturale e interprofessionale, oggi appare evidente che se non si dà vita a *molecular tumoral board*, fortemente integrati con competenze scientifiche di alta qualità, sarà impossibile rendere operativo il piano per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze omiche, che puntano all'inserimento della medicina personalizzata nell'ambito delle attività di prevenzione, diagnosi e cura garantite dal Servizio sanitario nazionale. In questo senso si pone l'esi-

genza di disporre di centri per lo sviluppo della terapia CAR-T (cellule ingegnerizzate), indispensabili per dar vita alla medicina personalizzata;

è urgente disporre in ogni regione di una rete oncologica che consenta il potenziamento e l'innovazione, strutturale e di processo, di cui il Servizio sanitario nazionale ha urgente bisogno; ma le reti oncologiche oggi non sono ancora presenti in tutte le regioni e quelle finora costituite hanno livelli di sviluppo e di funzionamento decisamente disomogenee. L'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, potrebbe costituire un buono strumento di confronto e coordinamento tra le reti, se fosse completato con alcuni profili professionali indispensabili e se fosse più e meglio coordinato con il Ministero della salute;

il piano oncologico nazionale (PON), documento tecnico di indirizzo, è scaduto nel 2016; ma come accade per molti altri piani era stato elaborato almeno 5 anni prima e pubblicato nel 2013, il che ne fa uno strumento superato, anche alla luce dei progressi della scienza e della tecnica di questi ultimi anni. Anche l'European guide on quality improvement in comprehensive cancer control, che raccoglie il risultato di 3 anni di lavoro della "joint action" promossa dalla Commissione europea e ha potuto contare sulla partecipazione degli esperti di venticinque Paesi membri, tra cui l'Italia, indica quali azioni prioritarie l'aggiornamento dei piani oncologici nazionali, per garantire uguaglianza nell'accesso alla diagnosi precoce, alla riabilitazione e alle tutele per i *survivor*. La Commissione europea entro il 2020 pubblicherà il primo piano oncologico europeo per definire un approccio comune al cancro, promuovendo l'elaborazione di soluzioni condivise e la condivisione di *best practice* e favorendo la circolazione della conoscenza e dei risultati della ricerca. Tra le cinque missioni del programma "Horizon Europe", una è interamente dedicata alla lotta al cancro e si pone l'obiettivo audace e stimolante di salvare 3 milioni di vite entro il 2030 ed è ben rappresentato dal suo *slogan* "Cancer, mission possible";

le associazioni di volontariato dei pazienti, coordinate dalla FAVO, hanno evidenziato la necessità di procedere ad una nuova programmazione delle attività di cura e assistenza per i malati di cancro, che tenga anche conto dell'esperienza maturata durante i mesi difficili dell'emergenza da COVID-19, e che si basi su una presa in carico globale del paziente, sanitaria e sociale. La rete delle associazioni di volontariato dei pazienti creata dalla FAVO ha inoltre sottolineato l'urgenza di ripristinare i programmi di *screening* oncologico e i percorsi di *follow up* per i malati di cancro, non solo nell'ottica di recuperare il livello di assistenza precedente al periodo di *lock-down*, ma, soprattutto per valorizzare la prevenzione e la sorveglianza sanitaria, indispensabili per una corretta allocazione delle risorse, che sia al tempo stesso efficiente ed efficace;

in definitiva, l'emergenza COVID-19 obbliga, con estrema urgenza, a ripristinare in ambito oncologico i livelli di assistenza precedenti al diffondersi dell'epidemia, e a procedere, contestualmente, al necessario ammodernamento strutturale e di processo del Servizio sanitario nazionale, anche

nell'ottica di delineare un nuovo sistema di offerta, valorizzando il rapporto tra volumi di attività delle strutture, esiti e sicurezza delle cure,

impegna 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 di prossima adozione, che ponga al centro della programmazione le reti oncologiche regionali e la più vasta rete oncologica nazionale;

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

3) ad adottare iniziative utili per promuovere le reti oncologiche regionali, anche mediante uno stanziamento di risorse dedicato al finanziamento delle relative attività, previa definizione dei criteri di assegnazione e di un adeguato piano di incentivi in favore delle Regioni;

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, per quanto di competenza, volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale per ridurre il numero di accessi alle strutture ospedaliere, introducendo un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

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

7) a promuovere l'istituzione di un tavolo tecnico inter-istituzionale 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, predisponendo altresì adeguate forme di incentivazione;

8) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che presentino i necessari requisiti per l'accreditamento, nell'ottica di sviluppare e diffondere la terapia CAR-T;

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, sollecitando le conclusioni del tavolo di coordinamento inter-istituzionale con il compito di attuare il piano, con particolare riferimento agli investimenti necessari per assicurare la multidisciplinarietà, strutture adeguate e personale altamente specializzato;

10) ad adottare iniziative per dare un nuovo impulso all'*iter* per l'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e a garantire il pieno funzionamento degli European reference networks, reti di riferimento per le malattie e i tumori rari a livello dell'Unione europea, anche attraverso specifici finanziamenti;

11) ad adottare nuove strategie comunicative che agiscano in modo integrato per garantire nei tempi e nei modi corretti accesso agli *screening* diagnostici, alle terapie di ultima generazione e alle varie forme di riabilitazione socio-sanitaria per consentire ai pazienti un re-inserimento tempestivo nella loro vita sociale e professionale;

12) a trasformare una comunicazione prevalentemente 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 che potrebbe creare un impatto negativo sui pazienti oncologici, in relazione all'approvvigionamento di farmaci in piano terapeutico. L'accesso del farmacista a domicilio consente di controllare l'assunzione, fornire le informazioni necessarie a mantenere alta la *compliance* al farmaco e un maggior *empowerment* del paziente e del *caregiver*.

(1-00288) (27 ottobre 2020)

BOLDRINI, IORI, STEFANO, ALFIERI, D'ALFONSO, PARRINI, ASSUNTELA MESSINA, TARICCO, FERRAZZI, BITI, FEDELI, VERDUCCI, ROJC, ROSSOMANDO, MANCA, PITTELLA, VALENTE, D'ARIENZO, ASTORRE, LAUS, PINOTTI, FERRARI, COLLINA, GIACOBBE. -

Ritirata

Il Senato,

premessi che:

nei pazienti neoplastici il decorso dell'infezione da COVID-19 risulta più sfavorevole sotto il profilo del fabbisogno di ricovero in terapia intensiva e dell'incidenza dei decessi: una revisione sistematica di 52 studi, pubblicata sull'"European journal of cancer", che ha considerato 18.650 pazienti oncologici colpiti dal virus, ha rilevato che 4.243 sono deceduti, determinando un tasso di mortalità complessivo pari al 25,6 per cento (AIOM ed ESMO 2020);

il tumore in fase attiva determina un andamento peggiore dell'infezione da COVID-19, aumentandone in modo rilevante il tasso di mortalità, fino al 35 per cento in più nel caso di neoplasia toracica (studio Teravolt, "Lancet Oncology" 2020);

associato al COVID-19, il 12 per cento dei decessi registrati in Italia durante la pandemia ha riguardato persone con diagnosi di cancro che è tra

le concause più frequenti che contribuiscono alla morte dei pazienti (rapporto Istat - Istituto superiore di sanità "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-COV-2", 16 luglio 2020);

a causa dell'emergenza sanitaria, le diagnosi e le biopsie sono diminuite del 52 per cento, le visite settimanali presso i reparti di oncologia del 57 per cento e si sono registrati ritardi per il 64 per cento degli interventi chirurgici (dati sondaggio IQVIA, realizzato presso gli specialisti oncologi);

in Italia, nei primi 5 mesi del 2020, sono stati eseguiti circa un milione e quattrocentomila esami di *screening* in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (AIOM ed ESMO 2020);

i ritardi nell'esecuzione degli *screening* si traducono, in particolare, in una netta riduzione non solo delle nuove diagnosi di tumore della mammella (2.099 in meno) e del colon-retto (611 in meno), ma anche delle lesioni che possono essere una spia di quest'ultima neoplasia (quasi 4.000 adenomi del colon-retto non diagnosticati) o del cancro della cervice uterina (circa 1.670 lesioni CIN 2 o più gravi non diagnosticate) (AIOM ed ESMO);

l'individuazione di tali neoplasie in fase più avanzata determina minori probabilità di guarigione e costi delle cure più elevati (AIOM ed ESMO);

è stato stimato che, nel Regno Unito, il ritardo diagnostico, collegato all'interruzione e al rallentamento dei servizi sanitari, potrebbe causare, nei prossimi 5 anni, un aumento della mortalità, rispetto al periodo antecedente all'emergenza sanitaria, fino al 16,6 per cento per i tumori del colon-retto e fino al 9,6 per cento per quelli alla mammella (AIOM ed ESMO);

l'80 per cento dei pazienti, a cui sono state proposte televisite durante il *lockdown*, desidera utilizzarle anche in futuro, in considerazione dei vantaggi connessi alla digitalizzazione dei servizi quali, ad esempio, il risparmio di risorse e di tempo per i viaggi da casa alle strutture ospedaliere, senza carichi di lavoro maggiori rispetto alle visite in presenza ("Telemedicine during the COVID-19 pandemic: impact on care for rare cancers", pubblicato su "JCO Global oncology");

nel maggio 2020, in occasione della XV giornata nazionale del malato oncologico, i rappresentanti della Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (FAVO), delle principali società scientifiche del settore (AIOM, AIRO, SICO, SIPO) e della FNOPI, hanno predisposto e promosso un documento programmatico condiviso, delineando una strategia per superare l'emergenza COVID-19 e ripristinare, nel più breve tempo possibile, il livello di assistenza per i malati di cancro garantito fino all'inizio del periodo di confinamento;

a partire dal successivo mese di luglio, attraverso i loro rappresentanti, FAVO, AIOM, AIRO, fondazione Ant Italia *onlus* e AIEOP hanno partecipato all'audizione informale sulla situazione dei pazienti affetti da patologie oncologiche durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19

presso la XII Commissione permanente (Affari sociali) della Camera, evidenziando come gli effetti negativi della pandemia sull'assistenza per i pazienti neoplastici devono essere iscritti in un contesto generale di gravi carenze strutturali e di altrettanto gravi ritardi nell'adeguamento e nell'ammmodernamento, tecnologico e di processo del Servizio sanitario nazionale in ambito oncologico;

persiste una grave e inaccettabile disuguaglianza territoriale, con riferimento all'accesso all'assistenza oncologica, contraria ai principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, che si proietta anche sul fronte della sanità digitale, generando ulteriori disparità nella disponibilità e diffusione dell'innovazione;

i programmi di telemedicina che, durante l'emergenza sanitaria, hanno rappresentato una valida alternativa ai consulti e alle visite compresi nei percorsi di *follow up*, e che potrebbero diventare uno strumento per il potenziamento delle attività ordinarie, presentano un eccessivo grado di variabilità territoriale, addirittura nell'ambito di un medesimo servizio sanitario regionale;

la mancata integrazione tra ospedale e territorio rappresenta, ancora oggi, uno dei più gravi *deficit* organizzativi del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per i pazienti oncologici tra cui in particolare quelli cronici, per la cui efficace presa in carico devono essere formalmente definiti i collegamenti funzionali tra assistenza territoriale e cure ospedaliere, e individuati con chiarezza i punti di accesso ai percorsi di assistenza;

degli 865 mammografi ancora analogici, solo 18 hanno un'età inferiore ai 5 anni, altri 121 sono considerati obsoleti, perché hanno fra i 5 e i 10 anni, e i restanti 726 superano i 10 anni e, complessivamente, l'84 per cento di loro sono considerati pericolosi perché possono non rilevare le piccole lesioni (Centro studi sui dispositivi medici di Confindustria);

con l'intesa Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 è stato approvato il documento "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche" che prevede una serie di obiettivi, di azioni e di indicatori finalizzati a delineare la modalità di inserimento della medicina personalizzata, e più in generale delle scienze omiche, nell'ambito delle attività di prevenzione, diagnosi e cura garantite dal Servizio sanitario nazionale;

non tutti i centri indicati dalle regioni per lo sviluppo della terapia CAR-T (cellule ingegnerizzate), quale fondamentale passo avanti verso la medicina personalizzata, sono ancora dotati della tecnologia e del personale altamente qualificato necessari per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale;

il decreto del Ministro della salute n. 70 del 2015 e da ultimo l'accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 hanno indicato la rete quale migliore modello organizzativo per la presa in carico del paziente oncologico, nella prospettiva di garantire un adeguato livello di accoglienza, di integrazione tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera, nonché l'armonizzazione

dei percorsi, anche in funzione dell'appropriatezza e dell'equità nell'accesso alle cure su tutto il territorio nazionale;

solo il pieno funzionamento in ogni regione della rete oncologica può quindi consentire il potenziamento e l'innovazione, strutturale e di processo, di cui il Servizio sanitario nazionale ha urgente bisogno;

le reti oncologiche, tuttavia, non sono ancora presenti in tutte le regioni e quelle già costituite non presentano un uniforme livello di sviluppo e funzionamento;

l'osservatorio per il monitoraggio e la valutazione delle reti oncologiche regionali istituito presso l'AGENAS, al quale la FAVO partecipa attivamente quale ente associativo di secondo livello, costituisce un importante strumento di confronto e coordinamento sul tema delle reti, che dovrebbe tuttavia essere completato con un coinvolgimento maggiore del Ministero della salute;

sebbene già con l'intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 sia stata formulata una proposta per l'istituzione della rete nazionale dei tumori rari (RNTR), la sua piena ed effettiva operatività è rimessa alla prosecuzione e all'attività costante di impulso del tavolo di coordinamento, costituito presso l'AGENAS, con il decreto del Ministro della salute 1° febbraio 2018 con il compito di garantire il funzionamento e di favorire lo sviluppo della RNTR;

l'ultimo triennio di validità del documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro, il piano oncologico nazionale (PON) è scaduto addirittura nel 2016;

la FAVO ha evidenziato la necessità di procedere a una nuova programmazione delle attività di cura e assistenza per i malati di cancro, che tenga anche conto dell'esperienza maturata durante i mesi difficili dell'emergenza COVID-19, e che si basi su una presa in carico globale del paziente, sanitaria e sociale. Inoltre ha sottolineato l'urgenza di ripristinare i programmi di *screening* oncologico e i percorsi di *follow up* per i malati di cancro, non solo nell'ottica di recuperare il livello di assistenza precedente al periodo di *lockdown*, ma, più in generale, per valorizzare la prevenzione e la sorveglianza sanitaria, anche quali attività funzionali all'allocazione efficiente ed efficace delle risorse;

la European guide on quality improvement in comprehensive cancer control, che raccoglie il risultato di tre anni di lavoro della "joint action" promossa dalla Commissione europea e che ha potuto contare sulla partecipazione degli esperti di 25 Paesi membri, tra cui l'Italia, indica quali azioni prioritarie l'adozione o l'aggiornamento dei piani oncologici nazionali, nonché interventi specifici per la garanzia dell'uguaglianza nell'accesso ai diritti, e in particolare a una diagnosi precoce, alla riabilitazione, alle tutele specifiche per i *survivor*;

tra le cinque missioni dell'ambizioso programma "Horizon Europe", che vogliono rispondere a grandi sfide sociali a cui adattarsi ai cambiamenti climatici, una è interamente dedicata alla lotta al cancro e si pone l'obiettivo

audace e stimolante di salvare 3 milioni di vite entro il 2030 ed è ben rappresentato dal suo *slogan* "Cancer, mission possible";

entro la fine dell'anno 2020 sarà adottato dalla Commissione europea il primo piano oncologico europeo, volto a definire un approccio comune al cancro, promuovendo l'elaborazione di soluzioni condivise e la condivisione di *best practice* e favorendo la circolazione della conoscenza e dei risultati della ricerca;

l'emergenza COVID-19 obbliga, con estrema urgenza, a ripristinare in ambito oncologico i livelli di assistenza precedenti al diffondersi dell'epidemia, e a procedere, contestualmente, al necessario ammodernamento strutturale e di processo del Servizio sanitario nazionale, anche nell'ottica di delineare un nuovo sistema di offerta, valorizzando il rapporto tra volumi di attività delle strutture, esiti e sicurezza delle cure,

impegna il Governo:

1) ad adottare iniziative per provvedere con urgenza all'approvazione di un nuovo documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro (piano oncologico nazionale), che ponga al centro della programmazione le reti oncologiche regionali, tenuto conto delle indicazioni contenute nelle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica (accordo Stato-Regioni 17 aprile 2019) e che sia coordinato con il piano oncologico europeo di prossima adozione, secondo la logica della programmazione "a cascata", e più in generale con ogni iniziativa di settore realizzata dall'Unione europea;

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

3) ad adottare iniziative di competenza per promuovere le reti oncologiche regionali, anche mediante uno stanziamento di risorse dedicato per il finanziamento delle relative attività, previa definizione dei criteri di assegnazione e di un adeguato piano di incentivi in favore delle Regioni;

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, per quanto di competenza, volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale (erogata, ad esempio, presso le case della salute) nell'ottica di ridurre, parallelamente, il numero di accessi alle strutture ospedaliere, introducendo un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

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

7) a promuovere l'istituzione di un tavolo tecnico inter-istituzionale 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, predisponendo altresì adeguate forme di incentivazione;

8) a monitorare l'attuazione del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, laddove riconosce il ruolo e le funzioni della figura dell'infermiere di famiglia, adottando iniziative per prevedere un reclutamento nazionale adeguato, nell'ottica di rafforzare concretamente i servizi territoriali anche per i malati oncologici;

9) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che presentino i necessari requisiti per l'accreditamento, nell'ottica di sviluppare e diffondere la terapia CAR-T;

10) 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, sollecitando le conclusioni del tavolo di coordinamento inter-istituzionale con il compito di attuare il piano, con particolare riferimento agli investimenti necessari per assicurare la multidisciplinarietà, strutture adeguate e personale altamente specializzato;

11) ad adottare iniziative per dare un nuovo impulso all'*iter* per l'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e a garantire il pieno funzionamento degli European reference networks, reti di riferimento per le malattie e i tumori rari a livello dell'Unione europea, anche attraverso specifici finanziamenti;

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

ORDINE DEL GIORNO

G1

Binetti, Boldrini, Castellone, Giuseppe Pisani, Pirro, Fregolent, Cantù, Zaffini, Parente, Siclari, Iori, Richetti, Marinello, Lunesu, Mautone, Rizzotti, Errani, Stabile, Marin, Doria, Laniece

Approvato

Il Senato,

considerando l'emergenza sanitaria causata dall'epidemia da coronavirus, un vasto gruppo di associazioni si sono confrontate sul documento programmatico realizzato dalla FAVO (Federazione delle associazioni di volontariato oncologico) e dalle relative società scientifiche con l'obiettivo

di capire come superare l'emergenza da Covid-19 e favorire il ritorno alla normalità delle cure e al riconoscimento dei diritti dei malati di cancro;

rilevato che:

pur essendo entrata in vigore il 20 aprile 2019, due anni fa ormai, la legge n. 29 del 2019, sulla 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, non è ancora pienamente attuata;

ogni anno, in Italia circa 370.000 cittadini sono colpiti dal cancro. Attualmente, il 50 per cento dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti. Dell'altro 50 per cento una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo. I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della medicina e della chirurgia e le nuove terapie contro il tumore stanno mostrando effetti positivi sul decorso della malattia, allungando, anche sensibilmente, la vita dei malati senza speranza di guarigione. Ma, se da una parte i vantaggi del progresso scientifico hanno cancellato l'ineluttabile equazione "cancro uguale morte", dall'altra sono sorti nuovi problemi che riguardano proprio la vita dei malati: uomini e donne di qualsiasi età, di qualsiasi condizione sociale, sono diventati i protagonisti di una lotta al proprio cancro che coinvolge quotidianamente il loro corpo e la loro mente. Si tratta di una lotta difficile e coraggiosa contro quella che le associazioni di volontariato oncologico hanno definito la "nuova disabilità di massa", in quanto il prolungamento della vita dei malati che non guariscono costituisce un problema sociale di grande rilevanza;

accesso alle terapie, riabilitazione e qualità della vita, difficoltà nel rapporto medico-paziente, cure palliative e terapia del dolore, diritti sul lavoro e corretta informazione ai pazienti sono solo alcune delle problematiche che vengono sollevate e approfondite di anno in anno e per tale motivo la giornata rappresenta l'occasione di portare all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica i bisogni dei malati oncologici e dei loro familiari;

ancor prima dell'emergenza Covid era già chiaro come fosse urgente fare una riflessione sui costi economici e sociali del cancro per i pazienti e le famiglie, per evidenziare l'entità e le caratteristiche dei costi e dei disagi nelle loro linee generali e consentire l'elaborazione di stime di impatto complessivo sul sistema Paese, anche alla luce del raffronto con i valori e i dati raccolti fino ad allora. Di grande interesse per la tutela della salute del paziente oncologico è tenere sotto controllo il disagio economico e il disagio psicologico;

concretamente sono stati evidenziati due livelli di disagio economico: il disagio economico di base, e cioè la misurazione di un primo livello di difficoltà economiche, legato alla quotidianità della vita del paziente e della sua famiglia e il disagio economico rilevante proprio dalle spese affrontate per far fronte alla patologia fin dal momento della sua diagnosi. Analogamente, per l'ambito psicologico occorre tener presente il disagio psicologico di base, cioè la misurazione di un primo livello di disagio psicologico, a partire dal profilo psicologico del paziente e il disagio psicologico rilevante,

che ha origine nella diagnosi tumorale. In una indagine costruita *ad hoc* su 1.289 pazienti risulta che il 70 per cento dei pazienti intervistati manifesta condizioni di disagio economico e il 50 per cento rivela un disagio psicologico;

nei pazienti neoplastici il decorso dell'infezione da Covid-19 risulta più sfavorevole sia sotto il profilo del fabbisogno di ricovero in terapia intensiva, che nell'incidenza dei decessi; una *review* dell'"*European journal of cancer*" riferisce di un tasso di mortalità complessivo pari al 25,6 per cento; tasso che aumenta fino al 35 per cento se il tumore è in fase attiva. In Italia l'associazione tra tumore e Covid-19 ha fatto registrare il 12 per cento dei decessi durante la pandemia (rapporto Istat - Istituto superiore di sanità "Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-CoV-2", 16 luglio 2020);

sotto il profilo della prevenzione e della possibilità di ottenere una diagnosi precoce, bisogna tener conto che a causa dell'emergenza da Covid le biopsie sono diminuite del 52 per cento, le visite presso i reparti di oncologia si sono ridotte del 57 per cento e si sono registrati ritardi per il 64 per cento degli interventi chirurgici. Concretamente in Italia, nei primi 5 mesi del 2020, sono stati eseguiti circa un milione e quattrocentomila esami di *screening* in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (dati AIOM ed ESMO 2020). Ovviamente ciò ha comportato una netta riduzione non solo delle nuove diagnosi di tumore della mammella (2.099 in meno) e del colon-retto (611 in meno), ma quando la diagnosi è stata fatta la patologia era già in fase avanzata e quindi meno curabile, dal momento che l'individuazione di tali neoplasie in fase avanzata determina minori probabilità di guarigione e costi delle cure più elevati;

considerato che:

in compenso, i pazienti e i professionisti hanno imparato a fare ricorso alla telemedicina che è stata apprezzata dall'80 per cento di loro, sebbene i risultati non siano ancora pienamente soddisfacenti, né sul piano clinico, né sul piano della relazione tra medico e paziente. Gli effetti negativi della pandemia sull'assistenza per i pazienti neoplastici vanno considerati in un più ampio contesto generale di gravi carenze strutturali e di altrettanto gravi ritardi sia nell'adeguamento che nell'ammodernamento, tecnologico e di processo, del Servizio sanitario nazionale in ambito oncologico;

per tutti i pazienti, in particolare per i malati oncologici, persiste una grave e inaccettabile disuguaglianza territoriale, che è strutturalmente contraria ai principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, che sta generando ulteriori disparità nella disponibilità dell'innovazione. Molta della strumentazione diagnostica appare obsoleta. Ad esempio, degli 865 mammografi ancora analogici, solo 18 hanno un'età inferiore ai cinque anni, altri 121 hanno un'età compresa tra i cinque e i dieci anni e 726 superano i dieci anni. Quindi si può ragionevolmente affermare che l'84 per cento di loro sono inadeguati a rilevare le lesioni in fase iniziale e diagnosticano solo falsi negativi;

i programmi di telemedicina che, durante l'emergenza sanitaria, hanno rappresentato una valida alternativa ai consulti e alle visite compresi nei percorsi di *follow up*, e che potrebbero diventare uno strumento per il potenziamento delle attività ordinarie, presentano un eccessivo grado di variabilità territoriale, addirittura nell'ambito di un medesimo servizio sanitario regionale;

tra i fattori di rischio a cui è più facilmente esposto il malato oncologico vi è poi la mancata integrazione tra ospedale e territorio, che costituisce ancora oggi uno degli ostacoli più gravi nel modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per i pazienti cronici;

dopo aver faticosamente cercato di creare dei *tumoral board*, caratterizzati da competenze avanzate e integrate sotto il profilo multiculturale e interprofessionale, oggi appare evidente che se non si dà vita a *molecular tumoral board*, fortemente integrati con competenze scientifiche di alta qualità, sarà impossibile rendere operativo il piano per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze omiche, che puntano all'inserimento della medicina personalizzata nell'ambito delle attività di prevenzione, diagnosi e cura garantite dal Servizio sanitario nazionale. In questo senso si pone l'esigenza di disporre di centri per lo sviluppo della terapia CAR-T (cellule ingegnerizzate), indispensabili per dar vita alla medicina personalizzata;

è urgente disporre in ogni Regione di una rete oncologica che consenta il potenziamento e l'innovazione, strutturale e di processo, di cui il Servizio sanitario nazionale ha urgente bisogno; ma le reti oncologiche oggi non sono ancora presenti in tutte le Regioni e quelle finora costituite hanno livelli di sviluppo e di funzionamento decisamente disomogenee. L'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, potrebbe costituire un buono strumento di confronto e coordinamento tra le reti, se fosse completato con alcuni profili professionali indispensabili e se fosse più e meglio coordinato con il Ministero della salute;

il Piano oncologico nazionale (PON), documento tecnico di indirizzo, è scaduto nel 2016; ma come accade per molti altri piani era stato elaborato almeno cinque anni prima e pubblicato nel 2013, il che ne fa uno strumento superato, anche alla luce dei progressi della scienza e della tecnica di questi ultimi anni. Anche l'*European guide on quality improvement in comprehensive cancer control*, che raccoglie il risultato di tre anni di lavoro della "joint action" promossa dalla Commissione europea e ha potuto contare sulla partecipazione degli esperti di 25 Paesi membri, tra cui l'Italia, indica quale azione prioritaria l'aggiornamento dei piani oncologici nazionali, per garantire uguaglianza nell'accesso alla diagnosi precoce, alla riabilitazione e alle tutele per i *survivor*. La Commissione europea entro il 2020 pubblicherà il primo Piano oncologico europeo per definire un approccio comune al cancro, promuovendo l'elaborazione di soluzioni condivise e la condivisione di *best practice* e favorendo la circolazione della conoscenza e dei risultati della ricerca. Tra le cinque missioni del programma "*Horizon Europe*", una è interamente dedicata alla lotta al cancro e si pone l'obiettivo audace e stimo-

lante di salvare 3 milioni di vite entro il 2030 ed è ben rappresentato dal suo slogan "*Cancer, mission possible*";

le associazioni di volontariato dei pazienti, coordinate dalla FAVO, hanno evidenziato la necessità di procedere ad una nuova programmazione delle attività di cura e assistenza per i malati di cancro, che tenga anche conto dell'esperienza maturata durante i mesi difficili dell'emergenza da Covid-19, e che si basi su una presa in carico globale del paziente, sanitaria e sociale. La rete delle associazioni di volontariato ha inoltre sottolineato l'urgenza di ripristinare i programmi di *screening* oncologico e i percorsi di *follow up* per i malati di cancro, non solo nell'ottica di recuperare il livello di assistenza precedente al periodo di *lockdown*, ma soprattutto per valorizzare la prevenzione e la sorveglianza sanitaria, indispensabili per una corretta allocazione delle risorse, che sia al tempo stesso efficiente ed efficace;

in definitiva, l'emergenza Covid-19 obbliga, con estrema urgenza, a ripristinare in ambito oncologico i livelli di assistenza precedenti al diffondersi dell'epidemia, e a procedere, contestualmente, al necessario ammodernamento strutturale e di processo del Servizio sanitario nazionale, anche nell'ottica di delineare un nuovo sistema di offerta, valorizzando il rapporto tra volumi di attività delle strutture, esiti e sicurezza delle cure,

impegna 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 di prossima adozione, che ponga al centro della programmazione le reti oncologiche regionali e la più vasta rete oncologica nazionale;

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

3) ad adottare iniziative utili per promuovere le reti oncologiche regionali, anche mediante uno stanziamento di risorse dedicato al finanziamento delle relative attività, previa definizione dei criteri di assegnazione e di 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, per quanto di competenza, volte a potenziare l'assistenza oncologica domiciliare e territoriale per ridurre il numero di accessi alle strutture ospedaliere, valutando la possibilità nel rispetto dei vincoli di bilancio di introdurre un sistema di incentivi collegati al raggiungimento di obiettivi strategici;

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

7) a 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, predisponendo altresì adeguate forme di incentivazione;

8) ad adottare iniziative volte a sostenere il funzionamento e lo sviluppo di centri multidisciplinari di alta specialità che presentino i necessari requisiti per l'accreditamento, anche in collaborazione con il settore privato, nell'ottica di sviluppare e diffondere la terapia CAR-T, quale opportunità di sviluppo del SSN e valorizzazione dei 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, sollecitando le conclusioni del tavolo di coordinamento interistituzionale con il compito di attuare il piano, con particolare riferimento agli investimenti necessari per assicurare la multidisciplinarietà, strutture adeguate e personale altamente specializzato;

10) ad adottare iniziative per dare un nuovo impulso all'*iter* per l'istituzione della rete nazionale dei tumori rari e a garantire il pieno funzionamento degli *European reference networks*, reti di riferimento per le malattie e i tumori rari a livello dell'Unione europea, anche attraverso specifici finanziamenti;

11) ad adottare nuove strategie comunicative che agiscano in modo integrato per garantire nei tempi e nei modi corretti accesso agli *screening* diagnostici, alle terapie di ultima generazione e alle varie forme di riabilitazione socio-sanitaria per consentire ai pazienti un re-inserimento tempestivo nella loro vita sociale e professionale;

12) a valutare la possibilità di trasformare una comunicazione prevalentemente 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 che potrebbe creare un impatto negativo sui pazienti oncologici, in relazione all'approvvigionamento di farmaci in piano terapeutico. L'accesso del farmacista a domicilio consente di controllare l'assunzione, 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 19 maggio 2020, n. 34, laddove riconosce il ruolo e le funzioni della figura dell'infermiere di famiglia, adottando iniziative per prevedere un reclutamento nazionale adeguato, nell'ottica di rafforzare concretamente 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.

Mozioni sulla campagna vaccinale contro il coronavirus

(1-00328) (testo 2) (24 marzo 2021)

PARENTE, FARAONE, RENZI, GARAVINI, CUCCA, BONIFAZI, CARBONE, COMINCINI, CONZATTI, GINETTI, GRIMANI, MAGORNO, MARINO, NENCINI, SBROLLINI, SUDANO, VONO. -

Ritirata

Il Senato,

premessi che:

al momento in cui si scrive, l'indice $R(t)$ nazionale è risalito in maniera significativa sopra l'1 rispetto alle settimane scorse e gran parte del Paese è in zona rossa e gli interventi di chiusura da ultimo apportati riusciranno a dare effetti unicamente tra una dozzina di giorni, mentre nei prossimi giorni si assisterà, inevitabilmente, ad un incremento del numero di casi;

il carico sanitario risulta essere profondamente diverso se paragonato ad ottobre 2020 quando l'indice $R(t)$ ebbe picchi superiori ai dati attuali, ma con numero di infetti decisamente più basso, pari a 50.000 unità, impiegando oltre un mese per raggiungere i 500.000 casi; la situazione odierna, sulla base delle osservazioni del dottor Roberto Battiston, responsabile dell'Osservatorio del dato epidemiologico dell'università di Trento, evidenzia invece un numero di 400.000 infetti con un numero di nuovi infetti in una sola settimana pari a 142.000 unità, un incremento paragonabile a quello di ottobre, quando però l' $R(t)$ aveva intrapreso una curva discendente, con la conseguenza che vede oggi la curva di contagio salire in modo più rapido in proporzione all'indice, questo a causa dell'enorme quantità di infetti attivi presenti;

nelle province nelle quali si sono adottate misure di contenimento da circa 3 settimane, si è avuto modo di registrare un calo dell'indice $R(t)$ a 1, soglia ritenuta dagli esperti come livello "tollerabile" di allerta;

il sistema sanitario nazionale, preso originariamente alla sprovvista durante la prima fase della situazione emergenziale, ha risposto nel miglior modo possibile alla richiesta di assistenza, ma la terza ondata rischia di trovare nuovamente le nostre strutture in affanno anche perché non sono state portate a compimento tutte le misure necessarie per rendere il sistema nazionale resiliente rispetto alle differenti fasi di decrescita e quindi ricrescita dei contagi;

il nuovo commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, generale Francesco Paolo Figliuolo, ha presentato il piano per la campagna vaccinale nazionale che ha caratteristiche di maggior ordine, con un'orga-

nizzazione e regia chiara in capo allo Stato e con una pianificazione dettagliata volta ad assicurare una somministrazione dei vaccini capillare ed omogenea su tutto il territorio nazionale, recuperando errori e ritardi registrati nella prima fase di avvio della campagna vaccinale;

nonostante l'accelerazione che si intende offrire alla vaccinazione nazionale, sarà in ogni caso necessario attendere ancora qualche mese prima che gran parte della popolazione italiana possa ottenere il vaccino, raggiungendo in tal modo la tanto auspicata "immunità di gregge" che porterà il Paese fuori dalla crisi sanitaria;

prima di quel momento, sarà inevitabile la convivenza con il virus, con l'obiettivo principale di limitarne quanto più possibile i danni;

considerato che:

è indispensabile allineare maggiormente i numeri dei contagi con le misure restrittive connesse, evitando che il comitato tecnico scientifico (CTS) si trovi a fornire osservazioni su risultanze non strettamente connesse alla contingenza del momento, scongiurando il pericolo di un utilizzo di dati divenuti ormai obsoleti e, pertanto, non più utilizzabili quali parametro sul quale basare le decisioni da intraprendere;

le nuove varianti impongono una maggiore attenzione sul sequenziamento genomico delle mutazioni, rendendo necessaria una maggiore accuratezza nell'osservare le zone dove i contagi raggiungono un'incidenza più significativa, tale da richiedere misure di contenimento più stringenti;

la perdurante difficoltà economica che ha colpito le famiglie italiane risulta ulteriormente aggravata dalla circostanza che vede i cittadini costretti a dover pagare di tasca propria i tamponi; tale situazione risulta maggiormente preoccupante nei confronti delle persone potenzialmente venute a contatto con il virus che, in alcuni casi, proprio al fine di evitare i costi (anche in seguito allo scarso funzionamento e diffusione dell'*app* "Immuni" che avrebbe dovuto tracciare i contatti), si sottraggono al controllo di tipo volontario;

considerato inoltre che:

a seguito della diffusione del virus SARS-CoV-2, il personale scolastico e universitario, docente e non docente, rientra tra le categorie maggiormente esposte al rischio di contagio e Piemonte, Toscana, Lazio, Campania e Puglia sono fra le Regioni che per prime hanno aperto le prenotazioni e le pratiche per la somministrazione del vaccino ad insegnanti e personale ATA della scuola e dell'università, ma tale possibilità riscontra delle differenze a livello regionale;

il Lazio, ad esempio, ha attivato un sistema che consente la prenotazione gratuita del vaccino anti COVID-19 per il personale scolastico e universitario. Tale vaccinazione, tuttavia, è destinata solamente ai residenti nella regione e non al personale scolastico che presti servizio nelle scuole laziali, ma è residente in altre regioni;

così facendo il Lazio si troverà con dosi consistenti di vaccino parametrate al numero di prenotazioni, ma la somministrazione, sulla base della suddetta disciplina, potrà avvenire unicamente nei confronti degli insegnanti di ruolo residenti nella regione e non nei confronti di quelli che risiedono in regioni diverse ma che prestino comunque servizio nel Lazio;

in Campania, invece, gli istituti scolastici caricano gli elenchi del personale docente e ATA in servizio su una piattaforma dedicata, garantendo loro la possibilità di somministrazione del vaccino senza alcun riferimento alla residenza;

si evidenzia pertanto una differente disciplina in merito alla residenza dei beneficiari nelle diverse regioni ingenerando una discriminazione che penalizza i docenti che prestano servizio fuori dalla propria regione di residenza;

nel corso della seduta del 20 febbraio 2021, la Conferenza delle Regioni ha affrontato la problematica degli insegnanti pendolari ritenendo necessario che si debba garantire la vaccinazione a tutti gli insegnanti indipendentemente dalla regione in cui questi prestino servizio;

il domicilio lavorativo spesso non è coincidente con quello della residenza, e molte persone, qualora non dovessero essere fornite indicazioni differenti, saranno costrette a fare ritorno presso la propria residenza al fine di effettuare il vaccino, con evidenti problemi logistici e possibilità di contagio durante lo spostamento;

la macchinosità dell'attuale procedura di assegnazione del medico di base per gli studenti fuorisede e le difficoltà che questi dovrebbero affrontare qualora la vaccinazione potesse essere effettuata esclusivamente presso la regione di residenza rischierebbero parimenti di minare il raggiungimento di una campagna vaccinale inclusiva e capillare;

in questa fase delicata non è possibile neanche trascurare la condizione degli anziani, trasferitisi presso le abitazioni dei figli per esigenze di assistenza, che, pur essendo residenti in altre regioni, costituiscono tuttavia una categoria ad alto rischio e necessitano quindi di essere anch'essi vaccinati in concomitanza con i propri familiari conviventi;

rilevato che:

si rende necessario agire urgentemente sulle tre matrici che appaiono indispensabili al fine di un contenimento adeguato della diffusione del *virus*: dati epidemiologici aggiornati, sorveglianza attiva sui territori e protocolli aggiornati per le cure domiciliari;

il mancato controllo periodico e capillare della popolazione, oltre a non consentire al singolo di conoscere l'eventualità del contagio, non permette di interrompere la conseguente trasmissione del *virus*, in particolar modo nei casi di incubazione asintomatica;

studi e sperimentazioni effettuati anche da prestigiosi atenei italiani, i cui esiti sono stati pubblicati su riviste scientifiche di massimo *standing*,

dimostrano come i test salivari siano affidabili e, addirittura, particolarmente efficaci sugli asintomatici e su chi ha bassa carica virale;

nonostante i *test* salivari costituiscano un sistema diagnostico auto-somministrabile (con conseguente sgravi di molto personale sanitario oggi prezioso per la campagna vaccinale), non invasivo e che consentirebbe di fare diagnosi precoce e sorveglianza attiva di massa in comunità strategiche come le scuole, ad oggi non è chiaro quali siano le procedure che i centri di ricerca sviluppatori debbano seguire per validare questa tipologia di *test*;

risulta quanto mai necessario rivedere il protocollo di cure domiciliari per i pazienti ammalati di COVID-19, anche alla luce della recente sentenza del TAR del Lazio con la quale si è contestata la nota di AIFA del 9 dicembre 2020 che prevedeva, nei primi giorni di malattia, la sola "vigile attesa", stabilendo, al contrario, la necessità da parte dei medici di prescrivere i farmaci che ritengono più opportuni, evitando di sottoporre a cure unicamente i pazienti che abbiano sviluppato una sintomatologia accentuata, prevenendo in tal modo l'eventuale aggravarsi della malattia;

rilevato inoltre che:

il Ministro della salute, in collaborazione con il commissario straordinario per l'emergenza, AIFA, ISS e AGENAS, ha reso note le raccomandazioni, pubblicate in data 8 febbraio 2021, con le quali si prevedeva, dopo il completamento della vaccinazione delle persone *over* 80, la precedenza alle "persone estremamente vulnerabili". Tra queste rientrano anche i soggetti con "condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale, psichica)" e tali condizioni erano poi specificamente definite nella tabella 2 delle raccomandazioni, prevedendo una serie di patologie ma non menzionando numerose altre malattie rare o croniche con comorbilità del tutto equivalenti e disabilità altrettanto gravi;

in data 11 marzo la Conferenza unificata rendeva nota una nuova versione del documento curato da Ministero della salute, commissario straordinario, ISS, AGENAS e AIFA contenente importanti aggiornamenti che fanno convergere le raccomandazioni in merito alle priorità vaccinali verso un sistema basato sulle fasce di età, con l'obiettivo di accelerare l'attuazione del piano, considerata la necessità di somministrare, nel prossimo trimestre, circa 50 milioni di dosi;

le nuove raccomandazioni prevedono, dunque, di precedere prioritariamente e in parallelo con "la vaccinazione dei soggetti *over* 80 e dei soggetti con elevata fragilità" secondo le specifiche indicazioni della tabella 1 e 2 del documento;

in particolare, i soggetti con elevata fragilità da vaccinare con precedenza sono i pazienti con "patologie valutate come particolarmente critiche in quanto correlate al tasso di letalità associata a COVID-19 per danno d'organo preesistente o compromessa capacità di risposta immunitaria a SARS-CoV-2" (tabella 1) e le persone con disabilità gravi ai sensi della legge n. 104 del 1992, articolo 3, comma 3 (tabella 2);

la tabella 1 prevede anche, con riferimento ad alcune delle patologie ivi menzionate, la priorità vaccinale dei conviventi del paziente e specifica che, "nel caso di minori che rientrano nella definizione di estremamente vulnerabili e che non possono essere vaccinati per mancanza di vaccini indicati per la loro fascia di età", sussista l'indicazione di "vaccinare i relativi genitori/tutori/affidatari";

con riferimento alle persone con disabilità grave, la tabella 2 indica la precedenza vaccinale anche per "familiari conviventi e *caregiver* che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto" alla persona interessata, senza tuttavia la precisazione sui minori con disabilità grava espressamente prevista nella tabella 1, elemento che potrebbe indurre dubbi interpretativi;

le raccomandazioni prevedono, altresì, il completamento della vaccinazione delle categorie ricomprese nella fase 1, del personale docente e non docente, scolastico e universitario, delle forze armate, di polizia e del soccorso pubblico, dei servizi penitenziari e altre comunità residenziali;

vengono poi identificate 4 categorie prioritarie successive in base all'età e alla presenza di condizioni patologiche;

le nuove raccomandazioni chiariscono i dubbi interpretativi e colmano le gravi carenze della versione precedente che avevano comportato il rischio che alcune Regioni includessero nelle categorie prioritarie soggetti individuati sulla base di criteri definiti in via autonoma e differenziata, con la conseguenza di trattamenti territoriali disomogenei e potenzialmente discriminatori, come ben evidenzia la lettera del Gruppo interparlamentare malattie rare indirizzata al Ministro della salute, e come da ultimo messo in luce anche dalla Corte costituzionale in una recente sentenza con la quale ha stabilito che la gestione della crisi pandemica appartiene al Governo e non alle Regioni, in quanto rientrante nell'esclusiva competenza statale relativa alla cosiddetta profilassi internazionale prevista *ex* articolo 117, comma secondo, lettera *q*), della Costituzione;

nonostante tali chiarimenti, però, molte Regioni non si sono ancora adeguate alle nuove raccomandazioni e, in molti casi, non hanno ancora avviato la somministrazione, ma nemmeno il sistema di adesione e prenotazione per le vaccinazioni dei soggetti fragili, come individuati nelle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni, né dei loro *caregiver*;

peraltro, anche tra le Regioni che hanno avviato le vaccinazioni delle persone estremamente vulnerabili risultano attivate modalità di reclutamento differenti (ad esempio attraverso le strutture dove sono in carico per le cure e le terapie, i medici di famiglia, la prenotazione *on line*), a volte distinte all'interno della stessa Regione a seconda della patologia interessata;

quanto alla vaccinazione dei *caregiver*, attualmente, non risultano attivate procedure di prenotazione nella maggior parte delle Regioni, con conseguente discrasia tra i tempi di vaccinazione della persona vulnerabile e di chi la assiste,

impegna il Governo:

1) a rivedere il metodo di rilevazione dei dati epidemiologici sul coronavirus per avere informazioni aggiornate, semplificando i parametri dell'indice $R(t)$ e considerando, oltre all'incidenza, la prevalenza degli infetti, prevedendo altresì un sistema di catalogazione dei dati semplice e fruibile anche a livello comunale, al fine di evitare una sfasatura tra misure intraprese e attualità dei dati, con l'obiettivo di intraprendere decisioni quanto più veloci e tempestive rispetto a situazioni localizzate;

2) a prevedere un "piano nazionale di sorveglianza attiva" con uno *screening* capillare e gratuito della popolazione, rivolto principalmente ai più giovani, sia nelle scuole quanto nelle università, evitando che i costi dei tamponi acuiscano le diseguaglianze sociali, con parte della popolazione portata ad evitare il controllo per non sobbarcarsi le relative spese;

3) a indicare procedure chiare e trasparenti ai fini della validazione di ulteriori strumenti diagnostici del COVID-19, quali i tamponi salivari, che possano essere utilizzati anche ai fini del "piano nazionale di sorveglianza attiva" citato;

4) a supportare un piano di monitoraggio delle varianti per bloccare con misure tempestive e territoriali la circolazione del *virus* evitando il diffondersi delle sue mutazioni e scongiurando il rischio di inefficacia dei vaccini;

5) ad implementare il piano vaccinale del commissario straordinario, superando le differenze e discriminazioni che l'attuale assetto comporta tra le diverse Regioni, anche alla luce delle indicazioni della Corte costituzionale, stabilendo al contempo che le priorità vaccinali per gli *over 80* e per i pazienti estremamente vulnerabili, ivi incluse le persone con disabilità grave ai sensi della legge n. 104 del 1992, articolo 3, comma 3, come individuate dalle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni approvate dalla Conferenza unificata dell'11 marzo 2021, siano pienamente e tempestivamente applicate da tutte le Regioni in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, includendo altresì categorie altamente a rischio che, ad oggi, rimangono escluse dal comparto prioritario, come gli operatori del settore funebre;

6) a garantire che, in concomitanza con la vaccinazione delle categorie a rischio, sia effettuata la vaccinazione anche dei loro conviventi e *caregiver*, secondo quanto stabilito nelle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni, definendo criteri di reclutamento e adesione di tali soggetti alla campagna vaccinale uniformi su tutto il territorio nazionale e assicurando la priorità di vaccinazione anche ai *caregiver* dei minori con disabilità grave ai sensi della legge n. 104 del 1992 per i quali, allo stato, non è possibile la vaccinazione;

7) a consentire la vaccinazione degli *over 80* che si trovano presso le abitazioni dei figli per motivi di assistenza familiare, prescindendo dal luogo di residenza;

8) a consentire anche al personale scolastico e universitario di essere vaccinato indipendentemente dalla residenza o dal luogo in cui presti servizio, allargando la medesima possibilità anche nei confronti degli studenti universitari o lavoratori, consentendo loro di effettuare la vaccinazione contro il SARS-COV-2 gratuitamente e presso il servizio sanitario della Regione ove sono impegnati negli studi o per lavoro, evitando complicati e disfunzionali ritorni presso la regione di residenza;

9) a consentire la possibilità di vaccinazione anche per gli italiani all'estero che si trovino temporaneamente in Italia qualora appartenenti alle categorie prioritarie previste dalla normativa nazionale, estendendo il diritto a tutti gli italiani iscritti all'AIRE, secondo le tempistiche previste per le medesime categorie di soggetti residenti in Italia;

10) a favorire la vaccinazione nei luoghi di lavoro, quando, per le dimensioni degli stessi, questi siano dotati di un presidio medico, e a coinvolgere nell'erogazione dei vaccini anche strutture sanitarie private, accreditate e non, tramite apposite convenzioni;

11) a istituire un organismo che stabilisca un protocollo di cure domiciliari per i pazienti affetti da COVID-19;

12) ad organizzare una comunicazione istituzionale trasparente rispetto ai diversi tipi di vaccino da somministrare, con una chiara rappresentazione delle motivazioni che sottendono alle diverse scelte di vaccino per categorie, anche alla luce delle recenti vicende legate al ritiro, a scopo precauzionale da parte di AIFA, di una tipologia vaccinale;

13) a valutare l'opportunità di istituire una guardia sanitaria nazionale per i rischi connessi a future emergenze, tramite la predisposizione di un corpo specializzato da attivarsi nei casi di riacutizzazione dell'emergenza sanitaria, spostando il paradigma da un approccio "reattivo", tipico dell'attesa passiva di eventi morbigeni, a un sistema "proattivo", improntato sul paradigma della prevenzione.

(1-00322) (24 febbraio 2021)

BINETTI, BERNINI, DE POLI, SACCONI, MALLEGNI, BARBONI, DE SIANO, RIZZOTTI, PEROSINO, GALLIANI, BERARDI, PICHETTO FRATIN, SICLARI, ALMI, FERRO, GALLONE, MODENA, CALIENDO, FLORIS, MINUTO, TOFFANIN, PAPTAEU, CALIGIURI, GIRO, SCHIFANI, GASPARRI. -

Ritirata

Il Senato,

premesso che:

la storia dei vaccini risale a moltissimi anni fa, quando gli antichi si resero conto, sulla base dell'esperienza, che l'organismo non dimenticava l'incontro con una determinata malattia; anzi ne conservava il ricordo, per cui, se e quando tornava ad incontrare quell'agente patogeno, il sistema im-

munitario si attivava rispondendo in modo rapido e specifico, rendendo immuni a quella determinata malattia. Questa capacità specifica del sistema immunitario fu descritta per la prima volta da Tucidide nel 430 a.C., durante il racconto della "peste di Atene", una disastrosa epidemia (probabilmente di vaiolo o di un virus influenzale altamente mortale) che colpì la città greca all'inizio della guerra del Peloponneso. In tutto l'Oriente, e non quindi solo in Grecia, la consapevolezza che aver contratto una malattia infettiva proteggeva da un successivo contagio portò ad utilizzare rudimentali strategie di vaccinazione contro uno dei più grandi flagelli della storia, il vaiolo. Basandosi sul principio empirico dell'immunizzazione, cinesi, turchi e indiani svilupparono la "variolizzazione", una pratica di prevenzione che consisteva nell'infettare volontariamente le persone, con la speranza di causare una malattia di forma lieve che avrebbe poi conferito immunità;

in Italia la pratica della vaccinazione si è diffusa soprattutto grazie a Luigi Sacco, che dal 1799 promosse l'utilizzo capillare dell'antivaiolosa a Milano, Bologna e Firenze. La diffusione della vaccinazione contro il vaiolo è stata una delle più grandi innovazioni mediche di tutti i tempi, con un impatto straordinario sulla salute umana, tanto che oggi si fa fatica a ricordare che cosa sia questa malattia, dichiarata eradicata dall'OMS nel 1980. In Italia la vaccinazione antivaiolosa è stata sospesa nel 1977 e abrogata nel 1981;

nonostante l'indiscusso successo, per lungo tempo la pratica della vaccinazione non è stata estesa ad altre malattie oltre il vaiolo. Questo perché solo nella seconda metà dell'800 sono state poste le basi scientifiche, metodologiche e concettuali. I vaccini, costituiti da una piccola quantità di *virus* o batteri "attenuati", oppure addirittura "inattivati", sono efficaci perché capaci di stimolare una risposta immunitaria. Furono i progressi nello studio dell'immunologia che consentirono a Louis Pasteur e ad altri studiosi di mettere a punto una vera e propria "teoria dell'immunità". Su questa base, la vaccinazione fu estesa ad altre malattie infettive, portando a sconfiggere vere e proprie piaghe sociali come la poliomielite e la difterite. I vaccini classici agiscono utilizzando i meccanismi di difesa naturali: simulando il primo contatto con un agente infettivo (virus o batterio) stimolano le cellule del sistema immunitario ad attivarsi contro di esso e a ricordarlo. Così, in caso di nuovo contatto con il microbo, le difese naturali lo neutralizzano immediatamente, senza che si manifestino i sintomi della malattia infettiva e le sue possibili conseguenze;

prima della diffusione dei rispettivi vaccini, erano rari i bambini che in età scolare riuscivano a evitare il morbillo, la rosolia, la varicella, la parotite, eccetera. Per esempio, rispetto al morbillo, si calcola che, fino a quando nel 1980 non si è diffusa a livello mondiale la sua vaccinazione, esso abbia ucciso una media di 2 milioni e mezzo di bambini ogni anno. Il primo vaccino per prevenire il morbillo risale al 1963. Vaccini per la parotite e la rosolia furono resi disponibili rispettivamente nel 1967 e nel 1969. A tutti e tre lavorò il microbiologo americano Maurice Hilleman (1919-2005), a cui si deve anche la loro combinazione e quindi la nascita, nel 1971, del vaccino

trivalente morbillo-parotite-rosolia (MPR). Hilleman e il suo *staff* svilupparono negli anni molti altri importanti vaccini, tra cui quelli contro l'epatite A, l'epatite B, la varicella, la meningite, la polmonite e contro il batterio emofilo dell'influenza. Via via, grazie alla rivoluzione messa in atto dalla biologia molecolare e dalle tecniche di manipolazione del DNA, si sono prodotti vaccini sempre più sicuri e con effetti collaterali minori, perché realizzati utilizzando non più i germi ma solo alcune loro molecole. Alcuni vaccini, infatti, non contengono i germi, neppure in forma inattivata, bensì un loro prodotto;

ciò nonostante i vaccini non ebbero un'entusiastica accettazione; anzi, via via che il miglioramento economico e il cambiamento delle abitudini rese le malattie meno diffuse e anche meno gravi, nella prima metà del ventesimo secolo ci fu una tendenza, almeno in Italia, ad evitare la vaccinazione, ricorrendo a falsi certificati di medici compiacenti. Subito dopo la guerra invece ci fu la corsa a comprare all'estero il vaccino antipolio, non ancora in vendita in Italia. L'onda lunga del successo dell'antipolio, che ha fatto scomparire in pochi anni la malattia più temuta in Occidente, aprì la strada all'accettazione convinta e diffusa delle vaccinazioni (salvo che per frange minoritarie di obiettori irriducibili). Negli anni '70 e '80 campagne giornalistiche e movimenti popolari contro il vaccino, in particolare contro il vaccino antipertossico, che certamente fu responsabile di danni neurologici (spesso negati, ma reali), ne ostacolarono la diffusione. Il risultato fu felice: il vaccino venne rifatto, utilizzando solo una molecola batterica, sintetizzata in laboratorio, il vaccino antipertossico acellulare. Vista la ripresa della malattia, e confermata l'attuale e sicura innocuità del vaccino, i suoi trascorsi furono dimenticati e il vaccino venne, giustamente e con larga efficacia, di nuovo accettato;

la storia successiva delle vaccinazioni è fatta di una serie di progressi tecnici, fino allo sviluppo dei nuovi vaccini, che non sono più ottenuti a partire dagli agenti infettivi "naturali", ma sono invece sintetizzati con tecniche di bio-ingegneria, assemblando e moltiplicando solo molecole utili a produrre la risposta immunitaria. La diffusione su larga scala dei vaccini ha messo in gioco un altro protagonista della storia delle vaccinazioni: l'industria, protagonista indiscussa che dispone di grandi mezzi ma anche con i suoi grandi interessi. E così le politiche vaccinali sono influenzate dai grandi meriti dei ricercatori, ma anche dalla forte pressione dei suoi capitali;

è utile ripartire da una vecchia storia, totalmente smentita dai fatti, ma ancora presente nell'immaginario collettivo dei "no vax", persone ostili alla somministrazione dei vaccini. Nel 1998, un medico inglese, Andrew Wakefield, pubblicò i risultati di uno studio che metteva in relazione la vaccinazione trivalente (MPR, ovvero per morbillo, parotite e rosolia) con malattie infiammatorie intestinali e autismo. Gli autori sostenevano che la ricerca fosse stata condotta nel prestigioso "Royal free hospital" di Londra: solo 12 i piccoli pazienti studiati. L'articolo uscì su "The Lancet", una delle riviste di medicina più autorevoli al mondo (solo cinque articoli su 100 proposti superano il filtro della revisione fino a essere pubblicati), e uno dei

simboli della comunicazione scientifica, anche per la gente comune. Una conferenza stampa organizzata dal dottor Wakefield subito dopo la pubblicazione amplificò ulteriormente le conclusioni dello studio e la stampa britannica rilanciò la notizia consigliando ai genitori di sospendere la trivalente. Il risultato fu un disastroso crollo delle vaccinazioni: in Gran Bretagna il calo fu quasi del 20 per cento (dal 93 al 75 per cento); a Londra del 50 per cento. Il movimento anti vaccinista si diffuse in molti Paesi, in misura maggiore o minore a seconda dell'intensità della campagna mediatica che ne rilanciava le tesi;

nel 2003 l'Organizzazione mondiale della sanità si pronunciò negando ogni relazione tra le due cose. Nel 2004 Brian Deer, giornalista d'inchiesta, pubblicò sul "Sunday Times" alcuni articoli che rivelavano la truffa di Andrew Wakefield, che aveva falsificato i dati dello studio. Non tutti i bambini coinvolti nella ricerca avevano ricevuto una diagnosi di autismo e molti di loro avevano sviluppato i primi segni del disturbo ben prima della somministrazione del vaccino. Wakefield aveva inoltre brevettato vaccini "di sostituzione" e *kit* diagnostici che, se introdotti in commercio, gli avrebbero garantito un guadagno di oltre 30 milioni di euro all'anno;

il *web* ha enormemente influito sulla visibilità e sulla diffusione di *no vax* e *free vax*. Se i primi gruppi di opposizione alla vaccinazione erano isolati e con scarsissime comunicazioni tra loro, i nuovi oppositori, gli scettici e i critici dei vaccini attirano intere comunità di seguaci su "Facebook" o "Twitter", conferendo al fenomeno una dimensione che è difficile da percepire nella vita reale. Negli ultimi anni si sono distinte alcune correnti principali tra gli anti vaccinisti, tra cui spiccano quelli vicini alle teorie cospirazioniste e i seguaci della medicina alternativa. Il numero di gruppi (*no vax*, *free vax*, "libera scelta", "genitori liberi di scegliere", "no obbligo") è cresciuto enormemente negli ultimi anni, acquistando visibilità in Italia dopo la reintroduzione, nel 2017, dell'obbligatorietà di dieci vaccinazioni per iscrizione ad asili e servizi per l'infanzia (decreto Lorenzin sui vaccini). Un ruolo organizzativo importante delle manifestazioni *no vax* è stato ricoperto dal movimento "3V" ("Vogliamo la verità sui vaccini"), uno dei movimenti più noti contro i vaccini in Italia già da prima dell'epidemia;

come sostiene Eugenia Tognotti, docente di storia della medicina all'università di Cagliari, "Il movimento di opposizione alla vaccinazione è un fenomeno culturale variegato e complesso in Italia". Per descriverlo è stato adottato di recente il termine di *vaccine hesitance* (esitazione vaccinale), che comprende l'insieme di atteggiamenti e comportamenti, o una loro combinazione, condivisi da una porzione ampia ed eterogenea di popolazione che include genitori che rifiutano i vaccini o sono incerti e li accettano con ritardo;

ricordato che:

tra il 2016 e il 2017 c'è stato un picco di contagi di morbillo che destò grande preoccupazione in Italia e l'allora Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, presentò nel corso di una conferenza stampa all'*auditorium* del Ministero della salute il decreto-legge in materia di prevenzione vaccinale

per i minori da 0 a 16 anni, approvato dal Consiglio dei ministri il 19 maggio 2017 (decreto-legge n. 73 del 2017). Occorreva aggiornare il piano nazionale prevenzione vaccinale, fermo al 2012-2014. Obiettivo del decreto, secondo il Ministro, era raggiungere il livello di immunizzazione raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità, pari al 95 per cento della popolazione, in modo da mettere in sicurezza il Paese. Preoccupavano, infatti, i dati sulle coperture vaccinali progressivamente in calo, soprattutto per poliomielite e morbillo, sia nei bambini fino a 24 mesi di età, ma soprattutto a 18 anni, quando il livello delle coperture vaccinali scende costantemente sotto il 70 per cento. Tra le principali novità vi sono le seguenti: 1) le vaccinazioni obbligatorie e gratuite passano da 4 a 12: anti poliomielitica; anti difterica; antitetanica; anti epatite B; anti pertosse; anti *Haemophilus influenzae* tipo B; anti meningococcica B; anti meningococcica C; anti morbillo; anti rosolia; anti parotite; anti varicella; 2) le 12 vaccinazioni obbligatorie divengono un requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni); 3) la violazione dell'obbligo vaccinale comporta l'applicazione di sanzioni pecuniarie. Le 12 vaccinazioni elencate devono essere tutte obbligatoriamente somministrate ai nati dal 2017. Sono esonerati dall'obbligo di vaccinazione: i soggetti immunizzati per effetto della malattia naturale. Ad esempio i bambini che hanno già contratto la varicella non dovranno vaccinarsi contro tale malattia e i soggetti che si trovano in specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Sono previste campagne informative sui contenuti del decreto, iniziative di formazione al personale docente e di educazione degli alunni e degli studenti coinvolgendo anche le associazioni dei genitori;

il 30 gennaio 2020, a seguito dell'iniziale diffusione dell'influenza COVID-19, è stata deliberato lo stato di emergenza nazionale con una serie di misure restrittive che hanno determinato la limitazione degli spostamenti, la chiusura delle scuole, dei negozi, dei bar, dei ristoranti eccetera;

il 2 dicembre 2020, il Ministro della salute Roberto Speranza ha presentato le linee guida del piano strategico per la vaccinazione anti Sars-CoV-2/COVID-19 (aggiornato con decreto 2 gennaio 2021), elaborato da Ministero della salute, commissario straordinario per l'emergenza, Istituto superiore di sanità, AGENAS e AIFA. A conclusione delle comunicazioni del Ministro della salute il Senato e la Camera hanno approvato il documento. È attiva dal 31 dicembre una *dashboard* dove sono raccolti i dati e le statistiche relativi alla somministrazione dei vaccini su tutto il territorio nazionale. I punti fondamentali del piano: vaccinazione gratuita e garantita a tutti; oltre 215 milioni di dosi disponibili in base agli accordi stipulati, e dopo autorizzazione dell'EMA e dell'AIFA (stima aggiornata al 30 dicembre 2020); 27 dicembre 2020, inizio vaccinazione in Italia ed Europa ("*vaccine day*"); identificazione delle categorie da vaccinare con priorità nella fase iniziale a limitata disponibilità dei vaccini: operatori sanitari e sociosanitari, residenti e personale delle RSA per anziani; logistica, approvvigionamento, stoccaggio e trasporto, di competenza del commissario straordinario; *governance* del piano di vaccinazione, assicurata dal coordinamento costante tra il Mini-

stero della salute, la struttura del commissario straordinario e le Regioni e Province autonome; sistema informativo per gestire in modo efficace, integrato, sicuro e trasparente la campagna di vaccinazione; farmacovigilanza e sorveglianza immunologica per assicurare il massimo livello di sicurezza nel corso di tutta la campagna di vaccinazione e la risposta immunitaria al vaccino;

considerato che:

la campagna vaccinale più grande degli ultimi tempi è iniziata da quasi due mesi per tentare di rallentare la pandemia da coronavirus, ma le vaccinazioni negli ultimi giorni hanno subito rallentamenti e i programmi sono stati rivisti, tra l'altro per i ritardi nelle consegne delle dosi. La domanda è del resto molto alta e i produttori non riescono ancora a soddisfarla, anche se stanno lavorando per potenziare i loro impianti di produzione. Nei prossimi mesi la situazione dovrebbe migliorare non solo grazie alle maggiori consegne dei vaccini già autorizzati, ma anche grazie all'arrivo di nuovi vaccini ora nelle ultime fasi di sperimentazione o per i quali sono state avviate somministrazioni per particolari fasce della popolazione;

tra i vaccini prodotti o in produzione si annoverano i seguenti;

Pfizer-Biontech e Moderna: sono stati i primi due vaccini a ricevere un'autorizzazione di emergenza da parte delle autorità di controllo per i farmaci negli Stati Uniti e nell'Unione europea, che di solito fanno da punto di riferimento per le altre organizzazioni simili in giro per il mondo. Sono basati sull'RNA messaggero e nei *test* clinici hanno fatto rilevare un'efficacia del 95 per cento nel proteggere dalla COVID-19, mentre non è ancora chiaro se riducano il rischio di contagio e in che misura (ci sono comunque indizi incoraggianti);

AstraZeneca: sviluppato dall'azienda britannico-svedese AstraZeneca in collaborazione con l'università di Oxford (Regno Unito). A seconda del dosaggio e di altre circostanze è efficace al 62-90 per cento, e richiede la somministrazione di due dosi a distanza di 4 settimane. I ricercatori lo hanno sviluppato partendo da un virus che non crea particolari problemi (adenovirus) nel quale sono state innestate le informazioni genetiche della proteina che si trova sulle punte del coronavirus, in modo che il sistema immunitario impari a contrastarla. Il vaccino è stato da poco autorizzato nell'Unione europea, ma è somministrato da inizio gennaio nel Regno Unito (e da qualche settimana in Ungheria). AstraZeneca ha però comunicato che potrà fornire all'Unione meno dosi di quanto promesso nel primo trimestre di quest'anno, a causa di alcuni problemi di produzione;

Johnson & Johnson: è uno dei vaccini più attesi perché richiede la somministrazione di una sola dose ed è più pratico da conservare, senza la necessità di potenti congelatori come nel caso delle soluzioni di Pfizer-Biontech e Moderna. Nell'ultima fase (su 3) di *test* clinici ha fatto rilevare un'efficacia media del 66 per cento nel prevenire il COVID-19, con un'efficacia fino all'85 per cento contro le forme più gravi. Il dato sull'efficacia è variato molto a seconda delle aree geografiche dove è stata eseguita la spe-

rimentazione: 72 per cento negli Stati Uniti, 66 per cento nel Sudamerica e 57 per cento in Sudafrica, dove una variante che rende il coronavirus più contagioso ha probabilmente influito sui risultati;

Novavax: la scorsa settimana la società di biotecnologie statunitense Novavax ha comunicato che il suo vaccino ha un'efficacia dell'89,3 per cento. Il vaccino utilizza un metodo piuttosto collaudato e già impiegato in altri vaccini: imita il comportamento della proteina sulle punte dell'involucro esterno del coronavirus, che questo impiega per legarsi alle cellule dell'organismo e iniettarvi all'interno il proprio materiale genetico per replicarsi. L'azienda dice di poter arrivare a produrre 2 miliardi di dosi di vaccino all'anno, grazie a una collaborazione con il Serum Institute dell'India, che ha una grande capacità produttiva;

Gamaleya: l'istituto di ricerca Gamaleya, che dipende dal Ministero della salute russo, ha sviluppato nei mesi scorsi il vaccino Sputnik V e alla fine dello scorso anno ha dichiarato una sua efficacia del 91,4 per cento. È basato su due adenovirus ed è stato sperimentato sulla popolazione a partire dalla scorsa estate, ricevendo poi un'autorizzazione al suo utilizzo in Russia ancora prima che fosse terminata l'ultima fase dei *test* clinici. La scelta ha attirato critiche da medici ed esperti, considerato che un'autorizzazione così precoce avrebbe potuto influire sull'esito della sperimentazione ancora in corso. La somministrazione delle prime dosi è stata comunque molto limitata e dedicata a particolari categorie a rischio;

Sinopharm: il vaccino di Sinopharm è stato sviluppato in Cina e secondo l'azienda ha un'efficacia del 79,3 per cento, sulla base dei dati della fase 3 di sperimentazione. Il Governo cinese ne ha autorizzato l'utilizzo di emergenza nel corso della scorsa estate. La vaccinazione richiede due somministrazioni a distanza di 3 settimane e il vaccino è basato su una versione "inattivata" del coronavirus, tale da suscitare una risposta immunitaria, senza causare un'infezione vera e propria. L'impiego dei vaccini con virus inattivati è diffuso da tempo, ma ci sono dubbi sull'efficacia della soluzione cinese;

Sinovac: l'azienda farmaceutica cinese Sinovac ha sviluppato un vaccino con coronavirus inattivato che si chiama CoronaVac e sul quale ci sono diversi dubbi legati all'efficacia. Sulla base dei *test* clinici condotti in diversi Paesi, sembra che sia efficace al 50,4 per cento, di pochi decimi sopra alla soglia minima del 50 per cento indicata dalle autorità sanitarie in diversi Paesi. È uno dei dati più bassi sull'efficacia, tra i vaccini finora autorizzati, ma nonostante ciò CoronaVac inizia ad essere impiegato in diversi Paesi come Brasile, Cile, Turchia e Indonesia. È autorizzato anche in Cina, dove per ora è stato utilizzato solo in alcune province;

CanSino: l'azienda di biotecnologie cinese CanSino ha sviluppato il Convidecia, attraverso una collaborazione con l'Accademia militare delle scienze mediche in Cina. Il vaccino è basato su un adenovirus e ha dato risultati definiti promettenti nelle prime fasi di sperimentazione tra la primavera e l'estate dello scorso anno. Tra l'estate e l'autunno 2020, CanSino ha avviato *test* clinici di fase 3 in diversi Paesi, compresi Pakistan e Messico,

ma è stato già impiegato saltuariamente in Cina. Per ora non ci sono dati sulla sua efficacia;

Bharat: il vaccino Covaxin è stato sviluppato dall'azienda di biotecnologie indiana Bharat in collaborazione con alcuni dei principali centri di ricerca dell'India. È basato su una versione inattivata del coronavirus e la fase 3 è stata avviata alla fine di ottobre 2020. Esiti ed efficacia non sono ancora noti, ma il Governo indiano ha comunque autorizzato l'uso di emergenza del vaccino a inizio gennaio, suscitando polemiche e perplessità. Si attendono ora i dati sulla fase 3 per valutare quanto sia effettivamente efficace il vaccino, che richiede due somministrazioni a distanza di 4 settimane;

CureVac: l'azienda tedesca di biotecnologie CureVac ha realizzato un vaccino a mRNA che sembra essere promettente, anche se è entrato solo da poco nella fase 3 di sperimentazione, con oltre 36.000 volontari in Germania. Anche se la sua efficacia non è ancora nota, c'è un discreto ottimismo intorno al vaccino considerato i buoni risultati degli altri basati su mRNA. La Commissione europea ha prenotato 225 milioni di dosi e l'azienda prevede di riuscire a produrne circa 300 milioni quest'anno, nel caso in cui fosse autorizzato;

ReiThera: in Italia, intanto, l'azienda di biotecnologie ReiThera ha ricevuto un investimento da 81 milioni di euro da parte di Invitalia, l'agenzia pubblica per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo di impresa, per proseguire nello sviluppo di un vaccino basato su adenovirus. Nonostante gli annunci, a oggi la sperimentazione è ancora agli inizi e non è chiaro come l'azienda potrà organizzare in tempi rapidi un *test* clinico di fase 3, che solitamente coinvolge migliaia di volontari;

altri: diverse altre aziende farmaceutiche e centri di ricerca sono al lavoro per sviluppare o sperimentare vaccini contro il coronavirus. Non è chiaro quanti di questi proseguiranno le loro attività, man mano che diventeranno disponibili nuovi vaccini. La multinazionale francese Sanofi, per esempio, sta portando avanti lo sviluppo di due diversi vaccini, ma ha incontrato difficoltà che stanno rallentando le ricerche. L'azienda ha confermato di non voler rinunciare ai progetti, ma non prevede di arrivare a qualcosa di concreto prima della fine dell'anno. Il 25 gennaio, l'azienda farmaceutica Merck ha annunciato di avere abbandonato due progetti per la realizzazione di vaccini contro il coronavirus, dopo i risultati deludenti dei primi *test*;

nel complesso, il 2021 sarà l'anno dei vaccini: con il passare dei mesi sarà più chiaro quali funzionano meglio e quali, in attesa di approvazione, si dimostreranno più promettenti. Una maggiore disponibilità di tipi di vaccini dovrebbe ridurre i problemi sulle consegne in ritardo, ma la domanda continuerà a essere più alta rispetto alla capacità di produzione di diverse aziende almeno fino all'estate;

intanto a pagare le conseguenze di questi ritardi sono tutti gli italiani, ma soprattutto le categorie a rischio e le regioni con maggior popolazione.

Restano aperte le domande chiave riguardanti quale contratto sia stato sottoscritto e con quali garanzie;

per nascondere il fallimento della campagna vaccinale si cerca di sviare l'attenzione della pubblica opinione. La priorità, non esiste dubbio, deve essere data alle categorie che più di altre sono state e sono in prima linea nella dura battaglia contro la pandemia. Al di là dei criteri che devono tener conto anche del dato numerico della popolazione, emerge che la gestione della campagna vaccinale non ha saputo prevedere garanzie atte a mantenere la consegna delle dosi necessarie e concordate. Questo è l'elemento sul quale indignarsi,

impegna il Governo ad adottare con urgenza misure volte a:

- 1) rivedere il piano vaccinale alla luce dei ritardi finora registrati;
- 2) rivedere il piano vaccinale tenendo conto del tipo di vaccini, della loro efficacia e dei *target* di età;
- 3) riprogrammare il numero dei soggetti impegnati nell'attività di vaccinazione: medici, esperti delle diverse professioni sanitarie, eccetera;
- 4) rivedere e riprogrammare le categorie e le fasce di popolazione che necessitano di una somministrazione prioritaria dei vaccini, con attenzione a tutti coloro che sono a stretto contatto con il pubblico quali, in particolar modo, personale docente e non docente delle scuole di ogni ordine e grado;
- 5) ricalcolare realisticamente quando si potrà raggiungere la copertura vaccinale del 95 per cento;
- 6) garantire che venga rispettato il calendario vaccinale con le rispettive priorità per categorie e fasce deboli, senza tollerare manipolazioni che creino ingiuste condizioni di privilegio per alcuni rispetto ad altri;
- 7) sostenere le ricerche nel campo degli anticorpi monoclonali;
- 8) sostenere in modo adeguato la ricerca del vaccino italiano ReiThera;
- 9) attivare ricerche mirate a valutare il *follow up* delle persone vaccinate.

(1-00330) (24 marzo 2021)

ROMANO, CASTELLONE, MARINELLO, GIUSEPPE PISANI, QUARTO, MATRISCIANO, TURCO, NOCERINO, CAMPAGNA, MAIORINO, CORBETTA, NATURALE, VACCARO, GALLICCHIO, FERRARA, MANTOVANI, PUGLIA, LEONE, LANZI, GAUDIANO, DELL'OLIO, AUDDINO, RICCIARDI, TRENTACOSTE, FEDE, MARCO PELLEGRINI, MONTEVECCHI, DE LUCIA, FENU, PRESUTTO, EVANGELISTA, L'ABBATE, DONNO, PAVANELLI, SANTANGELO, SANTILLO, PIRRO, ANASTASI. -

Ritirata

Il Senato,

premessi che:

quella da COVID-19 è una delle più gravi pandemie della storia dell'umanità, con circa 110,6 milioni di eventi morbosi e oltre 2,4 milioni di morti registrati al 20 febbraio 2021, che ha innescato una crisi sanitaria senza precedenti nel mondo moderno;

la comparsa di nuove varianti del COVID-19 comprova che la pandemia in atto non potrà cessare sino a quando la malattia epidemica non sarà arginata su scala globale;

le conseguenze socioeconomiche legate alla pandemia sono destinate ad essere devastanti, se le vaccinazioni non subiranno una rapida accelerazione a livello globale, atteso che i sistemi sanitari sono già ampiamente in sofferenza e l'applicazione delle sole disposizioni precauzionali (distanziamento fisico, limitazione dei contatti sociali, restrizioni negli spostamenti e intensificazione dei *test* diagnostici) non sono di per sé sufficienti a contenere e sconfiggere la pandemia a un anno dalla loro prima applicazione;

è evidente la necessità di aumentare in maniera rapida ed esponenziale la produzione e l'offerta di vaccini, ma ciò richiede una maggiore condivisione delle tecnologie brevettate, oltre che del *know how*, dei dati e delle risorse, specialmente con riguardo ai Paesi in via di sviluppo, come, peraltro, evidenziato nell'appello del direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità;

considerato che appare quanto mai utile sostenere la proposta di sospensione temporanea di alcune obbligazioni dell'accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale (TRIPS), al fine di facilitare la condivisione di tutta la proprietà intellettuale e del *know how*, superando i monopoli di proprietà intellettuale e assicurando una maggiore e più proficua collaborazione per aumentare e accelerare la disponibilità e l'accessibilità, anche economica, dei vaccini, dei *test* e dei trattamenti COVID-19 a livello globale;

ritenuto che:

il prezzo di vite umane, oltre che economico e psicologico, pagato dalle nostre società a causa della pandemia è altissimo, mentre ingenti risorse pubbliche sono già state destinate all'innovazione tecnologica per una rapida ed efficace risposta sanitaria al COVID-19;

è nell'interesse comune lavorare in modo sinergico per garantire una campagna vaccinale quanto più rapida e diffusa possibile a livello globale, rimuovendo qualsiasi ostacolo di natura privatistica,

impegna il Governo ad attivarsi per sostenere la proposta di sospensione di alcune obbligazioni dell'accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale (TRIPS), al fine di garantire la massima tutela dei diritti alla vita e alla salute, oltre che un'esistenza dignitosa all'intera popolazione mondiale.

ORDINE DEL GIORNO

G1

Parente, Errani, Pirro, Fregolent, Iori, Laniece, Siclari, Zaffini

Approvato

Il Senato,

premessso che:

il sistema sanitario nazionale, preso originariamente alla sprovvista durante la prima fase della situazione emergenziale, ha risposto nel miglior modo possibile alla richiesta di assistenza, ma la terza ondata rischia di trovare nuovamente le nostre strutture in affanno anche perché non sono state portate a compimento tutte le misure necessarie per rendere il sistema nazionale resiliente rispetto alle differenti fasi di decrescita e quindi ricrescita dei contagi;

il nuovo commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, generale Francesco Paolo Figliuolo, ha presentato nei giorni scorsi il piano per la campagna vaccinale nazionale che ha caratteristiche di maggior ordine, con un'organizzazione e regia chiare in capo allo Stato e con una pianificazione dettagliata volta ad assicurare una somministrazione dei vaccini capillare ed omogenea su tutto il territorio nazionale, recuperando errori e ritardi registrati nella prima fase di avvio della campagna vaccinale;

nonostante l'accelerazione che si intende offrire alla vaccinazione nazionale, sarà in ogni caso necessario attendere ancora qualche mese prima che gran parte della popolazione italiana possa ottenere il vaccino, raggiungendo in tal modo la tanto auspicata "immunità di gregge" che porterà il Paese fuori dalla crisi sanitaria, così come sembra stia avvenendo in Inghilterra;

prima di quel momento, sarà inevitabile la convivenza con il virus, con l'obiettivo principale di limitarne quanto più possibile i danni;

considerato che:

è indispensabile allineare maggiormente i numeri dei contagi con le misure restrittive connesse, evitando che il comitato tecnico-scientifico (CTS) si trovi a fornire osservazioni su risultanze non strettamente connesse alla contingenza del momento, scongiurando il pericolo di un utilizzo di dati divenuti ormai obsoleti e, pertanto, non più utilizzabili quali parametro sul quale basare le decisioni da intraprendere;

per sconfiggere la pandemia è indispensabile che si raggiunga a livello mondiale un accordo per una sospensione dei brevetti e dei diritti di

proprietà intellettuale, possibilità prevista dalla dichiarazione di Doha dell'OMC del 2001;

le nuove varianti impongono una maggiore attenzione sul sequenziamento genomico delle mutazioni, rendendo necessaria una maggiore accuratezza nell'osservare le zone dove i contagi raggiungono un'incidenza più significativa, tale da richiedere misure di contenimento più stringenti;

la perdurante difficoltà economica che ha colpito le famiglie italiane risulta ulteriormente aggravata dalla circostanza che vede i cittadini costretti a dover pagare di tasca propria i tamponi; tale situazione risulta maggiormente preoccupante nei confronti delle persone potenzialmente venute a contatto con il virus che, in alcuni casi, proprio al fine di evitare i costi (anche in seguito allo scarso funzionamento e diffusione dell'*app* "Immuni" che avrebbe dovuto tracciare i contatti), si sottraggono al controllo di tipo volontario;

considerato inoltre che:

si è evidenziata nel corso della campagna vaccinale una differente disciplina in merito alla residenza dei beneficiari nelle diverse Regioni ingenerando una discriminazione che ha penalizzato in alcuni casi i soggetti più esposti al rischio;

la macchinosità dell'attuale procedura di assegnazione del medico di base per gli studenti fuorisede e le difficoltà che questi dovrebbero affrontare qualora la vaccinazione potesse essere effettuata esclusivamente presso la Regione di residenza rischierebbero parimenti di minare il raggiungimento di una campagna vaccinale inclusiva e capillare;

in questa fase delicata non è possibile neanche trascurare la condizione degli anziani, trasferitisi presso le abitazioni dei figli per esigenze di assistenza, che, pur essendo residenti in altre Regioni, costituiscono tuttavia una categoria ad alto rischio e necessitano quindi di essere anch'essi vaccinati in concomitanza con i propri familiari conviventi;

rilevato che:

si rende necessario agire urgentemente sulle tre matrici che appaiono indispensabili al fine di un contenimento adeguato della diffusione del virus: dati epidemiologici aggiornati, sorveglianza attiva sui territori e protocolli aggiornati per le cure domiciliari;

il mancato controllo periodico e capillare della popolazione, oltre a non consentire al singolo di conoscere l'eventualità del contagio, non permette di interrompere la conseguente trasmissione del virus, in particolar modo nei casi di incubazione asintomatica;

studi e sperimentazioni effettuati anche da prestigiosi atenei italiani, i cui esiti sono stati pubblicati su riviste scientifiche di massimo *standing*, dimostrano come i test salivari siano affidabili e, addirittura, particolarmente efficaci sugli asintomatici e su chi ha bassa carica virale;

nonostante i test salivari costituiscano un sistema diagnostico auto-somministrabile (con conseguente sgravi di molto personale sanitario oggi prezioso per la campagna vaccinale), non invasivo e che consentirebbe di fare diagnosi precoce e sorveglianza attiva di massa in comunità strategiche come le scuole, ad oggi non è chiaro quali siano le procedure che i centri di ricerca sviluppatori debbano seguire per validare questa tipologia di test;

risulta quanto mai necessario rivedere il protocollo di cure domiciliari per i pazienti ammalati di Covid-19, anche alla luce della recente sentenza del TAR del Lazio con la quale si è contestata la nota di AIFA del 9 dicembre 2020 che prevedeva, nei primi giorni di malattia, la sola "vigile attesa", stabilendo, al contrario, la necessità da parte dei medici di prescrivere i farmaci che ritengano più opportuni, evitando di sottoporre a cure unicamente i pazienti che abbiano sviluppato una sintomatologia accentuata, prevenendo in tal modo l'eventuale aggravarsi della malattia;

rilevato inoltre che:

il Ministro della salute, in collaborazione con il commissario straordinario per l'emergenza, AIFA, ISS e AGENAS, ha reso note le raccomandazioni, pubblicate in data 8 febbraio 2021, con le quali si prevedeva, dopo il completamento della vaccinazione delle persone *over* 80, la precedenza alle "persone estremamente vulnerabili". Tra queste rientrano anche i soggetti con "condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica), e tali condizioni erano poi specificamente definite nella tabella 2 delle raccomandazioni, prevedendo una serie di patologie, ma non menzionando numerose altre malattie rare o croniche con comorbidità del tutto equivalenti e disabilità altrettanto gravi;

in data 11 marzo la Conferenza unificata rendeva nota una nuova versione del documento curato da Ministero della salute, commissario straordinario, ISS, AGENAS e AIFA contenente importanti aggiornamenti che fanno convergere le raccomandazioni in merito alle priorità vaccinali verso un sistema basato sulle fasce di età, con l'obiettivo di accelerare l'attuazione del piano, considerata la necessità di somministrare, nel prossimo trimestre, circa 50 milioni di dosi;

le nuove raccomandazioni prevedono, dunque, di procedere prioritariamente e in parallelo con "la vaccinazione dei soggetti *over* 80 e dei soggetti con elevata fragilità" secondo le specifiche indicazioni della tabella 1 e 2 del documento;

in particolare, i soggetti con elevata fragilità da vaccinare con precedenza sono i pazienti con "patologie valutate come particolarmente critiche in quanto correlate al tasso di letalità associata a Covid-19 per danno d'organo preesistente o compromessa capacità di risposta immunitaria a SARS-CoV-2" (tabella 1) e le persone con disabilità gravi ai sensi della legge n. 104 del 1992, articolo 3, comma 3 (tabella 2);

la tabella 1 prevede anche, con riferimento ad alcune delle patologie ivi menzionate, la priorità vaccinale dei conviventi del paziente e specifica che, "nel caso di minori che rientrano nella definizione di estremamente

vulnerabili e che non possono essere vaccinati per mancanza di vaccini indicati per la loro fascia di età", sussista l'indicazione di "vaccinare i relativi genitori/tutori/affidatari";

con riferimento alle persone con disabilità grave, la tabella 2 indica la precedenza vaccinale anche per "familiari conviventi e *caregiver* che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto" alla persona interessata, senza tuttavia la precisazione sui minori con disabilità grave espressamente prevista nella tabella 1, elemento che potrebbe indurre dubbi interpretativi;

le raccomandazioni prevedono, altresì, il completamento della vaccinazione delle categorie ricomprese nella fase 1, del personale docente e non docente, scolastico e universitario, delle Forze armate, di polizia e del soccorso pubblico, dei servizi penitenziari e altre comunità residenziali;

vengono poi identificate quattro categorie prioritarie successive in base all'età e alla presenza di condizioni patologiche;

nonostante le nuove raccomandazioni chiariscano i dubbi interpretativi e colmino le gravi carenze della versione precedente che avevano comportato il rischio che alcune Regioni includessero nelle categorie prioritarie soggetti individuati sulla base di criteri definiti in via autonoma e differenziata, con la conseguenza di trattamenti territoriali disomogenei e potenzialmente discriminatori, come ben evidenzia la lettera del Gruppo interparlamentare malattie rare indirizzata al Ministro della salute, e come da ultimo messo in luce anche dalla Corte costituzionale in una recente sentenza con la quale ha stabilito che la gestione della crisi pandemica appartiene al Governo e non alle Regioni, in quanto rientrante nell'esclusiva competenza statale relativa alla cosiddetta profilassi internazionale prevista *ex* articolo 117, comma secondo, lettera *q*), della Costituzione, ad oggi permane il rischio di trattamenti differenziati tra le Regioni in merito alla somministrazione del vaccino;

nonostante tali chiarimenti, però, molte Regioni non si sono ancora adeguate alle nuove raccomandazioni e, in molti casi, non hanno ancora avviato la somministrazione, ma nemmeno il sistema di adesione e prenotazione per le vaccinazioni dei soggetti fragili, come individuati nelle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni, né dei loro *caregiver*;

peraltro, anche tra le Regioni che hanno avviato le vaccinazioni delle persone estremamente vulnerabili risultano attivate modalità di reclutamento differenti (ad esempio attraverso le strutture dove sono in carico per le cure e le terapie, i medici di famiglia, la prenotazione *on line*), a volte distinte all'interno della stessa Regione a seconda della patologia interessata;

quanto alla vaccinazione dei *caregiver*, attualmente, non risultano attivate procedure di prenotazione nella maggior parte delle Regioni, con conseguente discrasia tra i tempi di vaccinazione della persona vulnerabile e di chi la assiste,

impegna il Governo:

1) a rivedere il metodo di rilevazione dei dati epidemiologici sul coronavirus per avere informazioni aggiornate, semplificando il numero e tipo dei parametri per attribuzione di colore e aggiornando il calcolo dell'indice $R(t)$ a periodo più prossimo e considerando, oltre all'incidenza, la prevalenza degli infetti e delle varianti sulla popolazione suscettibile, prevedendo altresì un sistema di catalogazione dei dati semplice e fruibile anche a livello provinciale e ove necessario comunale, al fine di evitare una sfasatura tra misure intraprese e attualità dei dati, con l'obiettivo di intraprendere decisioni quanto più veloci e tempestive rispetto a situazioni localizzate, con la contestuale ripresa della capacità di tracciare in tutto il territorio nazionale i casi di contagio; e che la campagna vaccinale, tracciabilità del virus e conseguente riduzione dei ricoveri, rappresentino la via da seguire con coerenza e rigore;

2) a prevedere un "piano nazionale di sorveglianza attiva" con uno *screening* capillare e gratuito della popolazione, rivolto principalmente ai più giovani, sia nelle scuole quanto nelle università, evitando che i costi dei tamponi acuiscano le disuguaglianze sociali con parte della popolazione portata ad evitare il controllo per non sobbarcarsi le relative spese;

3) a indicare procedure chiare e trasparenti ai fini della validazione di ulteriori strumenti diagnostici del Covid-19, quali i tamponi salivari qualora ne sia comprovata l'efficacia, che possano essere utilizzati anche ai fini del "piano nazionale di sorveglianza attiva" citato;

4) a supportare un piano di monitoraggio delle varianti per bloccare con misure tempestive e territoriali la circolazione del virus evitando il diffondersi delle sue mutazioni e scongiurando il rischio di inefficacia dei vaccini;

5) ad implementare il piano vaccinale del commissario straordinario, superando le differenze e discriminazioni che l'attuale assetto comporta tra le diverse Regioni, anche alla luce delle indicazioni della Corte costituzionale, stabilendo come unico ordine di priorità i pazienti estremamente vulnerabili, ivi incluse le persone con disabilità grave ai sensi della legge n. 104 del 1992, articolo 3, comma 3, come individuate dalle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni approvate dalla Conferenza unificata dell'11 marzo 2021, prevedendo lo svolgimento di una vaccinazione uniforme su tutto il territorio nazionale, utilizzando il criterio di priorità basato unicamente sulle patologie e/o anzianità dei soggetti;

6) a garantire che, in concomitanza con la vaccinazione delle categorie a rischio, sia effettuata la vaccinazione anche dei loro conviventi e *caregiver*, secondo quanto stabilito nelle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni, definendo criteri di reclutamento e adesione di tali soggetti alla campagna vaccinale uniformi su tutto il territorio nazionale e assicurando la priorità di vaccinazione anche ai *caregiver* dei minori con disabilità grave ai sensi della legge n. 104 del 1992 per i quali, allo stato, non è possibile la vaccinazione;

7) a consentire la vaccinazione degli *over* 80 che si trovano presso le abitazioni dei figli per motivi di assistenza familiare, prescindendo dal luogo di residenza;

8) a consentire, sulla base del mero criterio anagrafico, anche al personale scolastico e universitario di essere vaccinato indipendentemente dalla residenza o dal luogo in cui presta servizio, allargando la medesima possibilità anche nei confronti degli studenti universitari o lavoratori, consentendo loro di effettuare la vaccinazione contro il SARS-CoV-2 gratuitamente e presso il servizio sanitario della Regione ove sono impegnati negli studi o per lavoro, evitando complicati e disfunzionali ritorni presso la Regione di residenza;

9) a consentire la possibilità di vaccinazione anche per gli italiani all'estero che si trovino temporaneamente in Italia qualora appartenenti alle categorie prioritarie previste dalla normativa nazionale, estendendo il diritto a tutti gli italiani iscritti all'AIRE, secondo le tempistiche previste per le medesime categorie di soggetti residenti in Italia;

10) sulla scia del protocollo firmato in data 7 aprile 2021 tra Governo e parti sociali, a favorire la vaccinazione nei luoghi di lavoro, quando, per le dimensioni degli stessi, questi siano dotati di un presidio medico, e a coinvolgere nell'erogazione dei vaccini anche strutture sanitarie private, accreditate e non, tramite apposite convenzioni;

11) ad organizzare una comunicazione istituzionale trasparente rispetto ai diversi tipi di vaccino da somministrare, con una chiara rappresentazione delle motivazioni che sottendono alle diverse scelte di vaccino per categorie, anche alla luce delle recenti vicende legate al ritiro, a scopo precauzionale da parte di AIFA, di una tipologia vaccinale;

12) a prevedere un sistema nazionale di formazione permanente del comparto sanitario per i rischi connessi a future emergenze, tramite la predisposizione di una sezione specializzata da attivarsi nei casi di riacutizzazione dell'emergenza sanitaria, spostando il paradigma da un approccio "reattivo", tipico dell'attesa passiva di eventi morbigeni, a un sistema "proattivo", improntato sul paradigma della prevenzione;

13) a sostenere le ricerche nel campo degli anticorpi monoclonali e ad investire nella produzione di vaccini, rendendo il nostro Paese autonomo per l'utilizzo di tutte le tecnologie di produzione di vaccini, con particolare riguardo ai vaccini ad mRNA;

14) a sostenere in accordo con gli altri *partner* internazionali una proposta di sospensione temporanea dei brevetti e della proprietà intellettuale dei vaccini (TRIPS);

15) ad implementare, nelle more dell'adozione di un «piano nazionale di sorveglianza attiva», anche le strategie e i programmi di *screening* prevedendo un consistente incremento di tamponi antigenici e molecolari e definire una soglia minima in base all'andamento dell'epidemia;

16) a valutare l'opportunità di vagliare, in un contesto di sicurezza e validazione scientifica e previa autorizzazione da parte delle competenti autorità regolatorie, ogni possibilità di allargamento delle opzioni di acquisto di vaccini a condizione che siano fatti salvi gli accordi assunti a livello europeo e nel rispetto della disciplina comunitaria in materia

Allegato B

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA

VOTAZIONE		OGGETTO	RISULTATO						ESITO
Num.	Tipo		Pre	Vot	Ast	Fav	Cont	Magg	
<u>1</u>	Nom.	Mozioni su adozione di un nuovo Piano oncologico nazionale. Ordine del giorno G1, Binetti e altri	230	229	002	226	001	114	APPR.
<u>2</u>	Nom.	Mozioni su campagna vaccinale contro il coronavirus. Ordine del giorno G1, Parente e altri	222	221	000	213	008	111	APPR.

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

314ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

13 Aprile 2021

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante

(M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante

Nominativo	1	2
Abate Rosa Silvana	M	M
Accoto Rossella	M	M
Agostinelli Donatella	F	F
Aimi Enrico	F	F
Airola Alberto	F	F
Alberti Casellati Maria Elisab		
Alderisi Francesca	M	M
Alessandrini Valeria	F	F
Alfieri Alessandro		F
Anastasi Cristiano	F	
Angrisani Luisa	F	C
Arrigoni Paolo	F	F
Astorre Bruno		F
Auddino Giuseppe		F
Augussori Luigi	F	F
Bagnai Alberto	F	F
Balboni Alberto	F	F
Barachini Alberto	F	F
Barbaro Claudio		
Barboni Antonio	M	M
Battistoni Francesco	M	M
Bellanova Teresa	M	M
Berardi Roberto		
Bergesio Giorgio Maria	F	F
Bernini Anna Maria	F	
Berutti Massimo Vittorio	F	F
Biasotti Sandro Mario	F	
Binetti Paola	F	F
Bini Caterina	F	F
Biti Caterina	F	
Boldrini Paola	F	F
Bongiorno Giulia	M	M
Bonifazi Francesco		
Bonino Emma		
Borghesi Stefano	M	M
Borgonzoni Lucia	M	M
Bossi Simone	F	F
Bossi Umberto	M	M
Bottici Laura	F	F
Botto Elena	M	M
Bressa Gianclaudio	F	
Briziarelli Luca	F	F
Bruzzone Francesco	F	F
Buccarella Maurizio	F	F
Calandrini Nicola	F	F
Calderoli Roberto	F	F
Caliendo Giacomo		

314ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

13 Aprile 2021

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante

(M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante

Nominativo	1	2
Caligiuri Fulvia Michela	F	F
Campagna Antonella	F	F
Campari Maurizio	F	F
Candiani Stefano	F	F
Candura Massimo	F	F
Cangini Andrea	F	F
Cantù Maria Cristina	F	F
Carbone Vincenzo		
Cario Adriano	M	M
Casini Pier Ferdinando	F	
Casolati Marzia	F	F
Castaldi Gianluca	M	M
Castellone Maria Domenica	F	F
Castiello Francesco	M	M
Catalfo Nunzia	F	F
Cattaneo Elena	M	M
Causin Andrea	C	F
Centinaio Gian Marco	M	M
Cerno Tommaso	M	M
Cesaro Luigi	F	F
Ciampolillo Alfonso	M	M
Cioffi Andrea	F	F
Ciriani Luca	F	F
Cirinnà Monica	M	M
Collina Stefano	F	F
Coltorti Mauro	F	F
Comincini Eugenio Alberto	F	F
Conzatti Donatella		
Corbetta Gianmarco	F	F
Corrado Margherita	F	C
Corti Stefano	F	F
Craxi Stefania Gabriella A.	F	F
Crimi Vito Claudio	F	F
Croatti Marco	F	F
Crucioli Mattia	F	C
Cucca Giuseppe Luigi Salvatore	F	F
Dal Mas Franco	F	
D'Alfonso Luciano	F	F
Damiani Dario	F	F
D'Angelo Grazia		
D'Arienzo Vincenzo	F	F
De Bertoldi Andrea	F	F
De Bonis Saverio	F	F
De Carlo Luca	F	F
De Falco Gregorio		
De Lucia Danila	F	F
De Petris Loredana	F	F

314ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

13 Aprile 2021

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante

(M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante

Nominativo	1	2
De Poli Antonio	M	M
De Siano Domenico	F	F
De Vecchis William	F	F
Dell'Olio Gianmauro	F	F
Dessi Emanuele	F	C
Di Girolamo Gabriella	F	F
Di Marzio Luigi	M	M
Di Micco Fabio		
Di Nicola Primo	F	F
Di Piazza Stanislao		
Donno Daniela	F	F
Doria Carlo	F	F
Drago Tiziana Carmela Rosaria	F	F
Durnwalder Meinhard	F	F
Endrizzi Giovanni		F
Errani Vasco	F	
Evangelista Elvira Lucia	F	F
Faggi Antonella	F	F
Fantetti Raffaele	F	
Faraone Davide	F	F
Fattori Elena		
Fazzolari Giovanbattista		
Fazzone Claudio	F	F
Fede Giorgio	F	F
Fedeli Valeria	F	F
Fenu Emiliano	F	F
Ferrara Gianluca	F	F
Ferrari Alan	F	F
Ferrazzi Andrea	F	F
Ferrero Roberta	F	F
Ferro Giuseppe Massimo	F	F
Floridia Barbara	M	M
Floris Emilio		
Fregolent Sonia	F	F
Fusco Umberto	F	F
Galliani Adriano	M	M
Gallicchio Agnese	F	F
Gallone Maria Alessandra	F	F
Garavini Laura	F	F
Garnero Santanchè Daniela		F
Garruti Vincenzo	F	F
Gasparri Maurizio		F
Gaudiano Felicia	F	F
Ghedini Niccolò		
Giacobbe Francesco	M	M
Giammanco Gabriella		
Giannuzzi Silvana	M	M

314ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

13 Aprile 2021

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante

(M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante

Nominativo	1	2
Giarrusso Mario Michele	F	C
Ginetti Nadia	F	F
Giro Francesco Maria		
Giroto Gianni Pietro	F	F
Granato Bianca Laura	F	C
Grassi Ugo	F	F
Grasso Pietro	F	F
Grimani Leonardo	F	
Guidolin Barbara	F	F
Iannone Antonio	F	F
Iori Vanna	F	F
Iwobi Tony Chike	M	M
La Mura Virginia	A	
La Pietra Patrizio Giacomo	F	F
La Russa Ignazio Benito Maria		P
L'Abbate Pasqua	F	F
Laforgia Francesco	F	F
Laniece Albert	F	F
Lannutti Elio	F	
Lanzi Gabriele	F	F
Laus Mauro Antonio Donato	F	F
Leone Cinzia		F
Lezzi Barbara	F	
Licheri Ettore Antonio	F	
Lomuti Arnaldo	M	M
Lonardo Alessandrina	F	F
Lorefice Pietro		F
Lucidi Stefano	F	F
Lunesu Michelina	F	F
Lupo Giulia	F	F
Maffoni Gianpietro	F	F
Magorno Ernesto	M	M
Maiorino Alessandra	F	
Malan Lucio	F	F
Mallegni Massimo	F	F
Malpezzi Simona Flavia	F	F
Manca Daniele	F	F
Mangialavori Giuseppe Tommaso	F	F
Mantero Matteo		
Mantovani Maria Laura	F	F
Marcucci Andrea		
Margiotta Salvatore	F	F
Marilotti Giovanni	F	F
Marin Raffaella Fiormaria	F	F
Marinello Gaspare Antonio	F	F
Marino Mauro Maria	F	F
Martelli Carlo	F	C

314ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

13 Aprile 2021

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante

(M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante

Nominativo	1	2
Marti Roberto	F	F
Masini Barbara	F	F
Matrisciano Mariassunta	F	F
Mautone Raffaele	F	F
Merlo Ricardo Antonio	M	M
Messina Alfredo		
Messina Assunta Carmela	F	F
Mininno Cataldo	M	M
Minuto Anna Carmela	F	F
Mirabelli Franco	F	
Misiani Antonio		F
Modena Fiammetta	F	F
Moles Rocco Giuseppe	M	F
Mollame Francesco	F	F
Montani Enrico	F	
Montevecchi Michela	F	F
Monti Mario	M	M
Moronese Vilma	F	F
Morra Nicola	F	C
Nannicini Tommaso	F	
Napolitano Giorgio	M	M
Nastri Gaetano	F	F
Naturale Gisella	F	F
Nencini Riccardo		F
Nisini Tiziana	M	M
Nocerino Simona Nunzia	F	F
Nugnes Paola	F	
Ortis Fabrizio	F	F
Ostellari Andrea	F	F
Pacifico Marinella		
Pagano Nazario		F
Papatheu Urania Giulia Rosina	F	F
Paragone Gianluigi	F	
Parente Annamaria	F	F
Paroli Adriano	F	F
Parrini Dario	A	F
Patuanelli Stefano	M	M
Pavanelli Emma	F	F
Pazzaglini Giuliano	F	F
Pellegrini Emanuele	F	F
Pellegrini Marco	F	F
Pepe Pasquale	F	F
Pergreffi Simona	F	F
Perilli Gianluca	F	F
Perosino Marco	F	F
Pesco Daniele	F	F
Petrenza Giovanna	F	F

314ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

13 Aprile 2021

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante

(M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante

Nominativo	1	2
Petrocelli Vito Rosario	M	M
Pianasso Cesare	F	F
Piano Renzo		
Piarulli Angela Anna Bruna	F	F
Pichetto Fratin Gilberto	M	M
Pillon Simone	F	F
Pinotti Roberta	F	F
Pirovano Daisy	F	F
Pirro Elisa	F	F
Pisani Giuseppe	F	F
Pisani Pietro	F	F
Pittella Giovanni Saverio	F	
Pittoni Mario	F	F
Pizzol Nadia	M	M
Presutto Vincenzo	F	F
Pucciarelli Stefania	M	M
Puglia Sergio	F	F
Quagliariello Gaetano	F	F
Quarto Ruggiero	M	M
Rampi Roberto	F	F
Rauti Isabella	F	F
Renzi Matteo		
Riccardi Alessandra	F	F
Ricciardi Sabrina	F	F
Richetti Matteo	F	F
Ripamonti Paolo	F	F
Rivolta Erica	F	F
Rizzotti Maria		
Rojc Tatjana	F	F
Romagnoli Sergio	F	F
Romani Paolo	F	F
Romano Iunio Valerio	M	M
Romeo Massimiliano	F	F
Ronzulli Licia	F	F
Rossi Mariarosaria	F	F
Rossomando Anna	P	
Rubbia Carlo		
Rufa Gianfranco	F	F
Ruotolo Alessandro		
Ruspanini Massimo	F	F
Russo Loredana	F	F
Saccone Antonio	F	F
Salvini Matteo	F	
Santangelo Vincenzo	F	F
Santillo Agostino	F	F
Saponara Maria	F	F
Saviane Paolo	F	F

314ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

13 Aprile 2021

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (s)=Subentrante

(M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante

Nominativo	1	2
Sbrana Rosellina	M	M
Sbrollini Daniela	F	F
Schifani Renato	F	
Sciascia Salvatore	M	M
Segre Liliana	M	M
Serafini Giancarlo	F	F
Siclari Marco	F	F
Sileri Pierpaolo	F	F
Siri Armando		
Stabile Laura	F	F
Stefani Erika	M	M
Stefano Dario	F	F
Steger Dieter	F	F
Sudano Valeria Carmela Maria		
Taricco Giacomino	F	F
Taverna Paola		
Testor Elena	F	F
Tiraboschi Maria Virginia	F	F
Toffanin Roberta	F	F
Toninelli Danilo	F	F
Tosato Paolo	F	F
Totaro Achille		
Trentacoste Fabrizio	F	F
Turco Mario		F
Unterberger Juliane		F
Urraro Francesco	F	F
Urso Adolfo		F
Vaccaro Sergio	F	F
Valente Valeria	F	F
Vallardi Gianpaolo	F	F
Vanin Orietta	F	F
Vattuone Vito	F	F
Verducci Francesco	F	F
Vescovi Manuel	F	F
Vitali Luigi	F	F
Vono Gelsomina	F	F
Zaffini Francesco	F	F
Zanda Luigi Enrico	F	F
Zuliani Cristiano	F	F

Congedi e missioni

Sono in congedo i senatori: Abate, Accoto, Alderisi, Barachini, Barboni, Battistoni, Bellanova, Bini, Bongiorno, Borgonzoni, Bossi Umberto, Botto, Cario, Cattaneo, Centinaio, Cerno, Ciampolillo, Cirinnà, De Poli, Di Marzio, Florida, Galliani, Giacobbe, Iwobi, Lomuti, Magorno, Merlo, Messina Assunta Carmela, Moles, Monti, Napolitano, Nisini, Pichetto Fratin, Pucciarelli, Quarto, Ronzulli, Sbrana, Sciascia, Segre e Sileri.

È assente per incarico avuto dal Senato il senatore Petrocelli, per attività della 3ª Commissione permanente.

Sono considerati in missione i senatori: Matrisciano, per attività dell'11ª Commissione permanente; Parente, per attività della 12ª Commissione permanente; Moronese, per partecipare a una conferenza internazionale.

Sono considerati in missione, ai sensi dell'art. 108, comma 2, primo periodo, del Regolamento, i senatori: Borghesi, Castaldi, Castiello, Giannuzzi, Mininno, Pizzol e Romano.

Commissioni permanenti, variazioni nella composizione

Il Presidente del Gruppo parlamentare Fratelli d'Italia, con lettera in data 12 aprile 2021, ha comunicato le seguenti variazioni nella composizione delle Commissioni permanenti:

6ª Commissione permanente: cessa di farne parte la senatrice Drago;

11ª Commissione permanente: entra a farne parte la senatrice Drago.

Commissione parlamentare per l'indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi, variazioni nella composizione

Il Presidente della Camera dei deputati, in data 6 aprile 2021, ha chiamato a far parte della Commissione parlamentare per l'indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi il deputato Paolo Barelli, in sostituzione del deputato Giorgio Mulè, entrato a far parte del Governo.

Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati

Presidente del Consiglio dei ministri
Ministro della transizione ecologica

Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale
Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili
Ministro dello sviluppo economico
Ministro della cultura
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° marzo 2021, n. 22, recante disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri (2172)
(presentato in data 08/04/2021)
C.2915 approvato dalla Camera dei deputati.

Disegni di legge, annuncio di presentazione

Senatori Pittella Gianni, Mirabelli Franco, Astorre Bruno, Biti Caterina, Boldrini Paola, Cirinnà Monica, Collina Stefano, D'Arienzo Vincenzo, Fedeli Valeria, Ferrari Alan, Ferrazzi Andrea, Giacobbe Francesco, Iori Vanna, Laus Mauro Antonio Donato, Margiotta Salvatore, Pinotti Roberta, Rojc Tatjana, Rossomando Anna, Stefano Dario, Taricco Mino, Valente Valeria
Modifiche alla legge 7 marzo 1996, n. 108, in materia di usura (2173)
(presentato in data 08/04/2021);

senatori Airola Alberto, Lomuti Arnaldo
Istituzione della Giornata nazionale sulla partecipazione e cittadinanza digitale (2174)
(presentato in data 09/04/2021);

senatori Pellegrini Marco, Santillo Agostino, Pirro Elisa, Castellone Maria Domenica
Istituzione del programma nazionale pluriennale straordinario "Abita", per la realizzazione di alloggi sociali e per il contrasto del disagio e dell'emergenza abitativa, aggiuntivo rispetto alle politiche regionali di edilizia residenziale pubblica (2175)
(presentato in data 09/04/2021).

Disegni di legge, assegnazione

In sede referente

1ª Commissione permanente Affari Costituzionali
Gov. Draghi-I: Pres. Consiglio Draghi, Ministro ambiente e tutela del territorio e del mare Cingolani ed altri
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° marzo 2021, n. 22, recante disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri (2172)
previ pareri delle Commissioni 3ª (Affari esteri, emigrazione), 5ª (Bilancio), 7ª (Istruzione pubblica, beni culturali), 8ª (Lavori pubblici, comunicazioni), 9ª (Agricoltura e produzione agroalimentare), 10ª (Industria, commercio, tu-

rismo), 11ª (Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale), 12ª (Igiene e sanità), 13ª (Territorio, ambiente, beni ambientali), Commissione parlamentare questioni regionali

C.2915 approvato dalla Camera dei deputati

(assegnato in data 08/04/2021);

1ª Commissione permanente Affari Costituzionali

Sen. Calderoli Roberto ed altri

Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente (2160)

previ pareri delle Commissioni 13ª (Territorio, ambiente, beni ambientali)

(assegnato in data 13/04/2021).

Disegni di legge, nuova assegnazione

In sede referente

2ª Commissione permanente Giustizia

Sen. Cirinnà Monica

Disposizioni in materia di contrasto alle discriminazioni motivate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere (59)

previ pareri delle Commissioni 1ª (Affari Costituzionali), 5ª (Bilancio), 14ª (Politiche dell'Unione europea)

Già deferito in sede redigente, alla 2ª Commissione permanente (Giustizia)

(assegnato in data 13/04/2021);

2ª Commissione permanente Giustizia

Sen. Maiorino Alessandra ed altri

Modifiche agli articoli 604-*bis* e 604-*ter* del codice penale e istituzione della Giornata nazionale contro l'omotransfobia nonché dei centri antiviolenza per le vittime di omofobia e transfobia (1176)

previ pareri delle Commissioni 1ª (Affari Costituzionali), 5ª (Bilancio), 7ª (Istruzione pubblica, beni culturali), 11ª (Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale), Commissione parlamentare questioni regionali

Già deferito in sede redigente, alla 2ª Commissione permanente (Giustizia)

(assegnato in data 13/04/2021);

2ª Commissione permanente Giustizia

Sen. Unterberger Julia

Modifiche al codice penale in materia di contrasto dell'istigazione all'odio e alla discriminazione di genere (1430)

previ pareri delle Commissioni 1ª (Affari Costituzionali), 5ª (Bilancio)

Già deferito in sede redigente, alla 2ª Commissione permanente (Giustizia)

(assegnato in data 13/04/2021);

2ª Commissione permanente Giustizia

Sen. Evangelista Elvira Lucia

Modifiche agli articoli 604-bis e 604-ter del codice penale e ulteriori misure volte alla prevenzione e al contrasto del linguaggio d'odio (1613) previ pareri delle Commissioni 1ª (Affari Costituzionali), 5ª (Bilancio), 7ª (Istruzione pubblica, beni culturali), 14ª (Politiche dell'Unione europea) Già deferito in sede redigente, alla 2ª Commissione permanente (Giustizia) (assegnato in data 13/04/2021).

Disegni di legge, presentazione del testo degli articoli

In data 13/04/2021 la 3ª Commissione permanente Aff. esteri ha presentato il testo degli articoli proposti dalla Commissione stessa, per il disegno di legge: "Ratifica ed esecuzione dell'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana ed il Governo della Repubblica tunisina sullo sviluppo di una infrastruttura per la trasmissione elettrica finalizzata a massimizzare gli scambi di energia tra l'Europa ed il Nord Africa, fatto a Tunisi il 30 aprile 2019" (1926) (presentato in data 14/08/2020)

Governo, trasmissione di atti e documenti

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 2 aprile 2021, ha inviato - ai sensi dell'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400 - la comunicazione concernente la nomina, fino al 31 dicembre 2021 a decorrere dal 23 febbraio 2021, del prefetto dottoressa Silvana Riccio a Commissario straordinario del Governo per la gestione del fenomeno delle persone scomparse.

Tale comunicazione è trasmessa, per competenza, alla 1ª Commissione permanente.

Il Ministro della salute, con lettera in data 8 aprile 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 2, comma 5, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, l'ordinanza del 3 aprile 2021 recante "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale n. 81 del 3 aprile 2021 (Atto n. 780).

Il Ministro della salute, con lettera in data 8 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 1, comma 16-bis, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, ha trasmesso:

i risultati del monitoraggio dei dati epidemiologici di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, riferiti alla settimana dal 22 al 28 marzo 2021, aggiornati al 31 marzo 2021;

il verbale del 2 aprile 2021 del Comitato tecnico-scientifico di cui all'articolo 2 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile 3 febbraio 2020 e il verbale del 2 aprile 2021 della Cabina di regia istituita ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020.

Ha altresì trasmesso le ordinanze del 2 aprile 2021, recanti, rispettivamente, "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nella Regione Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta" e "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nella Regione Marche e Veneto e nella Provincia autonoma di Trento", pubblicate nella Gazzetta Ufficiale, del 3 aprile 2021, n. 81.

La predetta documentazione (Atto n. 781) è depositata presso il Servizio dell'Assemblea a disposizione degli onorevoli senatori.

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 7 aprile 2021, ha inviato, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 15 marzo 2012, n. 21, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 maggio 2012, n. 56, e dell'articolo 6, comma 4, concernente l'esercizio di poteri speciali nei settori della difesa e della sicurezza nazionale, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 31 marzo 2021, con il quale è stato esercitato il potere di opposizione in relazione all'acquisizione di una partecipazione pari al 70 per cento nella società LPE S.p.a da parte della società Shenzhen Inveland Holdings Co. Ltd.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 1ª, alla 8ª e alla 10ª Commissione permanente (Atto n. 782).

Il Ministro della cultura, con lettera in data 2 aprile 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2014, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2014, n. 106, la relazione concernente gli interventi realizzati e avviati nell'ambito del piano strategico "Grandi progetti beni culturali", riferita all'anno 2020.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 7ª Commissione permanente (*Doc. CXI, n. 4*).

Il Ministro della giustizia, con lettera in data 7 aprile 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 22 giugno 2000, n. 193, la relazione sullo svolgimento da parte dei detenuti di attività lavorative o di corsi di formazione professionale per qualifiche richieste da esigenze territoriali, relativa all'anno 2020.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 2ª e alla 11ª Commissione permanente (*Doc. CXCIV*, n. 3).

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 12 aprile 2021, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 49, comma 1, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, la relazione - aggiornata al mese di dicembre 2020 - sulla consistenza, destinazione e utilizzo dei beni sequestrati o confiscati e sullo stato dei procedimenti di sequestro o confisca.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 2ª Commissione permanente (*Doc. CLIV*, n. 4).

Governo, trasmissione di atti e documenti dell'Unione europea di particolare rilevanza ai sensi dell'articolo 6, comma 1, della legge n. 234 del 2012. Deferimento

Ai sensi dell'articolo 144, commi 1 e 6, del Regolamento, è deferito alle sottoindicate Commissioni permanenti il seguente documento dell'Unione europea, trasmesso dal Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in base all'articolo 6, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 234:

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni relativa a un Piano d'azione per lo sviluppo della produzione biologica (COM(2021) 141 definitivo), alla 9ª Commissione permanente e, per il parere, alle Commissioni 10ª, 13ª e 14ª;

Relazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e finanziario e al Comitato per l'occupazione - Relazione sullo strumento europeo di sostegno temporaneo per attenuare i rischi di disoccupazione nello stato di emergenza (SURE) a seguito della pandemia di COVID-19 a norma dell'articolo 14 del regolamento (UE) 2020/672 del Consiglio SURE: il punto della situazione sei mesi dopo (COM(2021) 148 definitivo), alla 11ª Commissione permanente e, per il parere, alle Commissioni 5ª e 14ª.

Governo, trasmissione di sentenze della Corte di giustizia dell'Unione europea. Deferimento

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 1° aprile 2021, ha trasmesso le seguenti decisioni della Corte di giustizia dell'Unione europea relative a cause in cui la Repubblica italiana è parte o adottate a seguito di domanda di pronuncia pregiudiziale proposta da un'autorità giurisdizionale italiana, che sono deferite, ai sensi dell'articolo 144-ter del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla 14ª Commissione permanente:

Sentenza della Corte (Quinta sezione) del 3 marzo 2021, cause riunite C-434/19 e C-435/19. Poste Italiane SpA contro Riscossione Sicilia SpA agente riscossione per la provincia di Palermo e delle altre provincie siciliane (C-434/19) e Agenzia delle entrate - Riscossione contro Poste Italiane SpA con l'intervento di Poste Italiane SpA - Bancoposta (C-435/19). Domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dalla Corte suprema di cassazione. «Aiuti di Stato - Concorrenza - Articolo 107, paragrafo 1, TFUE - Condizioni di applicazione - Articolo 106, paragrafo 2, TFUE - Servizi di interesse economico generale (SIEG) - Gestione del servizio di conto corrente postale per la riscossione dell'imposta comunale sugli immobili - Imprese che beneficiano di diritti speciali o esclusivi concessi dagli Stati membri - Diritti di commissione stabiliti unilateralmente dall'impresa beneficiaria - Abuso di posizione dominante - Articolo 102 TFUE - Irricevibili» (*Doc. XIX, n. 120*) – alla 6ª Commissione permanente;

Sentenza della Corte (Seconda sezione) del 17 marzo 2021, causa C-652/19. KO contro Consulmarketing SpA, in fallimento, con l'intervento di Filcams CGIL, Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL). Domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dal Tribunale di Milano. «Politica sociale - Direttiva 1999/70/CE - Accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato - Clausola 4 - Principio di non discriminazione - Ragioni oggettive che giustificano un trattamento diverso dei lavoratori a tempo determinato - Direttiva 98/59/CE - Licenziamento collettivo - Normativa nazionale relativa alla tutela da accordare a un lavoratore vittima di un licenziamento collettivo illegittimo - Applicazione di un regime di tutela meno vantaggioso ai contratti a tempo determinato stipulati prima della data della sua entrata in vigore, convertiti in contratti a tempo indeterminato successivamente a tale data» (*Doc. XIX, n. 121*) – alla 11ª Commissione permanente;

Sentenza della Corte (Ottava sezione) del 10 marzo 2021, causa C-96/20. Ordine Nazionale dei Biologi, MX, NY, OZ contro Presidenza del Consiglio dei Ministri con l'intervento di Sds Snabi, Agenzia Regionale Protezione Ambiente (ARPA). Domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dalla suprema Corte di cassazione. «Salute - Articolo 168 TFUE - Direttiva 2002/98/CE - Norme di qualità e di sicurezza del sangue umano e dei suoi componenti - Obiettivo volto ad assicurare un elevato livello di protezione della salute umana - Articolo 4, paragrafo 2, e articolo 9, paragrafo 2 - Ser-

vizi trasfusionali - Persona responsabile - Condizioni minime di qualificazione - Facoltà per uno Stato membro di prevedere un regime più restrittivo - Margine di discrezionalità riservato agli Stati membri» (*Doc. XIX, n. 122*) – alla 1ª, alla 7ª, alla 12ª Commissione permanente;

Sentenza della Corte (Decima sezione) del 24 marzo 2021, cause riunite C-870/19 e C-871/19. Prefettura Ufficio territoriale del governo di Firenze contro MI (C-870/19) e TB (C-871/19). Domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dalla Corte suprema di cassazione. «Ravvicinamento delle legislazioni - Apparecchio di controllo nel settore dei trasporti su strada - Regolamento (CEE) n. 3821/85 - Articolo 15, paragrafo 7 - Regolamento (CE) n. 561/2006 - Procedura di controllo - Sanzione amministrativa - Omessa esibizione dei fogli di registrazione del cronotachigrafo relativi alla giornata in corso e ai 28 giorni precedenti - Infrazione unica o multipla» (*Doc. XIX, n. 123*) – alla 2ª, alla 8ª Commissione permanente;

Sentenza della Corte (Grande sezione) del 2 marzo 2021, causa C-425/19 P. Commissione europea, ricorrente, procedimento in cui le parti sono: Repubblica italiana, Banca Popolare di Bari SCpA, già Tercas-Cassa di risparmio della provincia di Teramo SpA (Banca Tercas SpA), con sede a Teramo, Fondo interbancario di tutela dei depositi, con sede a Roma, ricorrenti in primo grado e Banca d'Italia, con sede a Roma, interveniente in primo grado. Impugnazione. «Aiuti di Stato - Intervento di un consorzio di diritto privato tra banche a favore di uno dei suoi membri - Autorizzazione dell'intervento da parte della banca centrale dello Stato membro - Nozione di "aiuto di Stato" - Imputabilità allo Stato - Risorse statali - Indizi che consentono di concludere per l'imputabilità di una misura - Snaturamento degli elementi di diritto e di fatto - Decisione che dichiara l'aiuto incompatibile con il mercato interno» (*Doc. XIX, n. 124*) – alla 6ª Commissione permanente.

Garante del contribuente, trasmissione di atti. Deferimento

In data 7 aprile 2021 è stata inviata, ai sensi dell'articolo 13, comma 13-*bis*, della legge 27 luglio 2000, n. 212, la relazione sull'attività svolta nel 2020 dal Garante del contribuente della Regione Lazio.

Il predetto documento è deferito, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 6ª Commissione permanente (Atto n. 783).

Consigli regionali e delle province autonome, trasmissione di voti

Sono pervenuti al Senato i seguenti voti regionali:

della Regione Lazio, concernente l'individuazione delle iniziative di interesse prioritario regionale nel Programma di lavoro della Commissione europea per il 2021 (n. 51);

della Regione Lombardia, concernente il Programma di lavoro della Commissione europea per il 2021 e le politiche dell'Unione europea di maggiore interesse per il tessuto socio-economico lombardo (n. 52).

I predetti voti sono trasmessi, ai sensi dell'articolo 138, comma 1, del Regolamento, alla 14ª Commissione permanente.

Mozioni, apposizione di nuove firme

I senatori Lupo, De Vecchis, Fusco e Rufa hanno aggiunto la propria firma alla mozione 1-00281 della senatrice De Petris ed altri.

Il senatore Faraone e la senatrice Garavini hanno aggiunto la propria firma alla mozione 1-00329 del senatore Verducci ed altri.

Interrogazioni, apposizione di nuove firme

Il senatore Zaffini ha aggiunto la propria firma all'interrogazione 3-02237 del senatore Calandrini.

Il senatore De Bertoldi ha aggiunto la propria firma all'interrogazione 4-05184 del senatore Fazzolari ed altri.

La senatrice Donno ha aggiunto la propria firma all'interrogazione 4-05190 della senatrice Leone ed altri.

I senatori Mautone, Croatti, Vaccaro, Donno, Trentacoste, Vanin e Romano hanno aggiunto la propria firma all'interrogazione 4-05223 del senatore Ferrara.

Mozioni, nuovo testo

La mozione 1-00238, della senatrice Nugnes ed altri, pubblicata il 26 maggio 2020, deve intendersi riformulata come segue:

NUGNES, DE PETRIS, BUCCARELLA, UNTERBERGER, FATTORI, VANIN, LAFORGIA, RUOTOLO, DE FALCO, LA MURA, LANNUTTI, DESSI, GIARUSSO, LONARDO, CRUCIOLI, MARILOTTI

Il Senato,

premessi che:

il drammatico periodo causato dalla rapida diffusione del virus COVID-19 e la conseguente situazione di emergenza in cui sono precipitate molte zone dell'Italia, con migliaia di persone contagiate e decedute e con un sistema sanitario allo stremo delle forze, ha messo a dura prova il nostro Paese; tra i Paesi che hanno prestato soccorso all'Italia nel marzo 2020 vi è la Repubblica di Cuba, la quale ha inviato, su richiesta delle Regioni Lombardia e Piemonte, due brigate mediche del "contingente internacional de medicos especializados en situaciones de desastres y graves epidemias", esperte di gravi epidemie. Le brigate composte rispettivamente da 53 persone (immunologi e infermieri specializzati in interventi di contrasto delle pandemie) da 38 persone (21 medici, 16 infermieri e un logista) hanno operato a Crema e Torino, due dei focolai più rilevanti del Nord Italia;

la brigata medica (intitolata ad Henry Reeve, un cittadino statunitense che partecipò alla guerra di indipendenza di Cuba dal colonialismo spagnolo) ha operato in soccorso di numerosi Paesi, colpiti da gravi catastrofi naturali e da epidemie (tra i quali Haiti, colpita dal terremoto e dal colera, Sierra Leone, Guinea e Liberia, colpiti dall'epidemia di Ebola, Cile e Pakistan, colpiti da terremoti);

considerato che:

la Repubblica di Cuba è tuttora sottoposta, da parte del Governo statunitense, ad un blocco economico, commerciale e finanziario illegale e contrario al diritto internazionale, per ragioni politiche unilateralmente motivate;

tale misura di ritorsione comporta gravi danni al popolo cubano e ne mette a rischio la vita, bloccando, tra gli altri beni, anche l'invio di medicinali e altro materiale sanitario, che deve essere importato dall'estero;

il blocco è stato pericolosamente inasprito dall'amministrazione Trump, nonostante la diffusione dell'epidemia da COVID-19 sull'isola;

l'impegno di solidarietà sanitaria della Repubblica di Cuba è portato avanti da decenni, sia attraverso la formazione di personale sanitario di molti Paesi (presso l'escuela latino-americana de medicina), sia con le proprie missioni sanitarie nel mondo, con un elevato numero di medici e altro personale sanitario;

l'accordo di dialogo politico e di cooperazione tra l'Unione europea e Cuba, firmato nel dicembre 2016 e in applicazione provvisoria per la parte commerciale dal 2017, che ha inteso imprimere un nuovo slancio alle relazioni euro-cubane su un dialogo politico rafforzato, per una migliore cooperazione bilaterale, nonché per lo sviluppo di un'azione congiunta nei princi-

pali consessi multilaterali, si pone in controtendenza all'extraterritorialità del blocco stesso che colpiva tra l'altro la possibilità di rapporti economici tra Cuba e UE,

impegna il Governo:

1) a fare proprio l'appello lanciato dalle comunità cubane residenti in Europa e da tante altre associazioni e personalità e continuare a prendere posizione nelle opportune sedi internazionali affinché abbia fine il blocco contro la Repubblica di Cuba e il suo popolo;

2) a raccogliere gli appelli umanitari lanciati dal Pontefice, per l'allentamento delle sanzioni economiche, e dal Segretario generale delle Nazioni Unite Antonio Guterres, pronunciato a marzo 2020, ai *leader* dei Paesi del G20, con l'esortazione a "sospendere le sanzioni che minano la capacità dei Paesi di rispondere alla pandemia", e a continuare ad adoperarsi, soprattutto in coordinamento con i *partner* UE e nei fori multilaterali, affinché il meccanismo sanzionatorio tuttora applicato nei confronti di Cuba non contempli in ogni caso ostacoli alla fornitura di generi di prima necessità, inclusi medicinali e strumentazioni mediche;

3) a continuare ad adoperarsi in sede ONU, in coordinamento con gli altri *partner* UE, per il superamento dell'*embargo* statunitense nei confronti di Cuba coerentemente con il voto quasi unanime di condanna del blocco che per 28 volte consecutive ha visto l'assemblea generale dell'ONU esprimersi in tal senso, anche con l'appoggio dell'Italia;

4) infine, a continuare a adoperarsi nelle sedi dell'Unione europea e nelle altre sedi internazionali, affinché sia raggiunto l'obiettivo della rimozione definitiva del blocco contro la Repubblica di Cuba.

(1-00238) (Testo 2)

Interrogazioni

TARICCO, FEDELI, PINOTTI, GIACOBBE, STEFANO, NANNICINI, PITTELLA, ROJC, VALENTE, FERRAZZI - *Al Ministro della transizione ecologica*. - Premesso che:

il verde sotto forma di paesaggio è tutelato anche dalla Costituzione della Repubblica italiana, che all'articolo 9 recita "La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica. Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione";

la convenzione europea del paesaggio (ottobre 2000), recante le "Norme per lo sviluppo degli spazi verdi urbani" (recepita con legge n. 10 del 2013), la strategia europea sulle *green infrastructure* (CE, 2013, COM UE 236/2019), gli obiettivi Agenda ONU 2030 sulla sostenibilità ambientale (25 settembre 2015), il III rapporto sullo stato del capitale naturale in Italia (2019), l'European green deal (2019), il decreto "clima" (di cui al decreto-legge n. 111 del 2019) e i criteri ambientali minimi per il servizio di ge-

stione del verde pubblico e la fornitura di prodotti per la cura del verde (decreto 10 marzo 2020) sono tra i principali strumenti legislativi italiani ed europei che mettono al centro un modello urbano che garantisca la disponibilità di verde quale strumento di qualità della vita e di perseguimento della salute nella sua accezione più ampia;

il 17 settembre 2020 il Parlamento europeo ha approvato una risoluzione con cui chiede alla Commissione UE di istituire un "anno europeo delle città più verdi" per il 2022 per perseguire tra gli altri i seguenti obiettivi: sensibilizzare sui vantaggi degli spazi verdi in un ambiente edificato; introdurre iniziative finalizzate ad aumentare la presenza di spazi verdi, anche nei pressi delle aree residenziali; creare una cultura di valorizzazione degli spazi verdi e dell'infrastruttura verde e blu; promuovere uno sviluppo urbano che rispetti la necessità di spazi verdi quale elemento importante della qualità della vita nelle città; sostenere il giardinaggio urbano e la tutela e lo sviluppo degli orti urbani nonché delle strutture per il giardinaggio urbano in ambiente scolastico in tutta l'UE, in quanto si tratta di un pilastro importante per l'educazione ambientale dei bambini;

considerato che:

nel 2014 pervennero al Comune di Fossano (Cuneo) alcune comunicazioni da parte di privati cittadini e amministratori di condominio, legate a problemi di "convivenza con viali alberati" che avrebbero "causato danni al patrimonio pubblico e a quello privato a causa della presenza del prolungamento delle radici degli alberi in questione nelle cantine dei suddetti condomini" con richiesta di rimozione da effettuare il prima possibile. La petizione non fu stata accolta dall'allora amministrazione comunale, ma si procedette con potatura ed altri interventi mirati;

l'11 febbraio 2021, con delibera di Giunta, il sindaco di Fossano dichiarava di voler provvedere con urgenza all'abbattimento di 57 tigli (*Tilia europeaea*) siti lungo corso Cristoforo Colombo, "per evidenziate criticità", "estrema vicinanza dei rami ai balconi, aumento dell'ombreggiamento, sporcizia ed insalubrità a causa delle foglie e degli insetti presenti, piano di calpestio dei marciapiedi sollevato e sconnesso", peraltro non contestualmente documentate, ma facenti capo ad una perizia sottoscritta in data 8 novembre 2014 commissionata dai residenti nella quale veniva richiesta la "rimozione delle piante esistenti e successiva ripiantumazione di elementi a basso fusto, vista l'impossibilità documentata di potatura" senza che allo stato vi fosse una valutazione tecnica ambientale da parte del Comune;

a seguito della notizia della volontà di procedere del sindaco, al Comune di Fossano viene notificato un provvedimento della Soprintendenza del paesaggio, competente per le province di Asti, Cuneo e Alessandria, attraverso il quale si richiedono "tempestivi chiarimenti in merito alle alberature dei tigli di Corso Colombo, per il quale si annunciava la volontà di abatterli da parte di codesta Amministrazione", e alla quale quest'ultima rispondeva rendendo pubblica l'intenzione di incaricare un professionista per la relazione di valutazione tecnica ambientale, relazione che a inizio marzo 2021 non risultava ancora effettuata;

il 10 marzo 2021, l'esito della relazione, che ha sottoposto a valutazione di stabilità, con approfondimento strumentale, 58 esemplari di *Tilia europeaea* radicati in doppio filare lungo corso Colombo, ha registrato l'attribuzione della classe di propensione al cedimento (ex FRC) classe D (pericolosità estrema) per un solo esemplare (il n. 52) "data l'estensione dei danni al colletto e ai contrafforti", riconoscendo per tutte le altre alberature, a livello delle chiome, "una vitalità complessivamente buona, nonostante tutti gli esemplari siano stati ripetutamente ed intensamente ridotti con potature drastiche";

il 29 marzo in Consiglio comunale è stata presentata un'interpellanza sul tema che mette in evidenza come azioni di potatura già intraprese in anni passati non avessero comportato alcun deperimento degli alberi e come questa pratica, comune e secolare, se effettuata nel modo corretto, possa favorire la crescita degli alberi e la convivenza coi caseggiati limitrofi, nel contesto cittadino;

rilevato che recentemente nella città di Fossano si sono registrate frequenti azioni di abbattimento di alberi in varie zone del territorio cittadino e che la stessa Soprintendenza competente ha fatto rilevare che "I beni di proprietà pubblica ed aventi più di settant'anni risultano sottoposti a tutela per gli effetti del combinato artt. 10-12, ai sensi della Parte II, Titolo 1 del D. Lgs. 42/2004 e s.m.i" e ancora che "l'esecuzione di opere e lavori di qualunque genere su beni culturali è subordinata ad autorizzazione del Soprintendente, ai sensi dell'art. 21 comma 4 del D. Lgs. 42/2004 s.m.i. e che gli interventi non autorizzati sono soggetti a sanzione",

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti descritti e dell'impatto che una decisione così radicale presa dal Comune, relativa all'abbattimento di un intero viale alberato, che investe così gravemente il suolo cittadino, possa avere, e se non reputi necessario azioni maggiormente motivate, formalmente argomentate e condivise con la cittadinanza, proprio alla luce degli obiettivi di una sostenibilità ambientale più incisiva, anche e soprattutto nelle realtà urbane;

se non reputi necessario valutare più approfonditamente le decisioni prese anche alla luce di una più approfondita documentazione tecnica ambientale, e se, ovviando all'abbattimento definitivo dell'intero viale alberato (che non costituisce attualmente pericolo per edifici e persone) non sia possibile richiedere all'amministrazione comunale di adottare un intervento più mirato di potatura, pulizie, manutenzione regolare del verde urbano, anche per non privare la comunità di risorse naturali preziose e che richiederanno decenni per essere ricostituite, evitando di provocare un danno ambientale e paesaggistico rilevante, anche alla luce degli obiettivi europei e nazionali in tema di verde pubblico.

(3-02411)

DE FALCO - *Ai Ministri dello sviluppo economico, dell'economia e delle finanze e delle infrastrutture e della mobilità sostenibili.* - Premesso che:

attraverso documenti di organizzazioni sindacali si apprende che, da oltre 3 mesi, Alitalia SAI in amministrazione straordinaria starebbe tenendo a terra, a zero ore di volo, oltre un centinaio di piloti;

in primo luogo, risulta che non sia stato indicato alcun criterio in ordine alla scelta dei piloti (come, ad esempio, la prossimità all'età pensionabile), che potrebbe giustificare la decisione che tuttavia non è stata concordata con le organizzazioni sindacali;

in secondo luogo, occorre evidenziare che, tra i piloti messi a zero ore dalla fine del mese di febbraio 2021, sono inseriti anche alcuni fruitori della legge n. 104 del 1992 e altri con figli a carico;

nel contempo Alitalia ha previsto che nel mese di aprile vi saranno alcuni altri piloti che, senza alcun criterio di rotazione con quelli a zero ore, dovranno volare per oltre 40 ore al mese, il che, oltre alla disparità arbitraria di trattamento, comporta, dall'altro lato, un ingiustificato aumento del costo della prestazione per compensare lo straordinario;

quindi, da una parte zero ore e dall'altra straordinari: è chiaro che quelle decisioni non possono trovare giustificazione, poiché non discendono da scelte obbligate dovute, ad esempio, a ridotte esigenze di servizio;

considerato che:

se confermato quanto esposto, ci si troverebbe di fronte alla mancata applicazione dei criteri di rotazione della cassa integrazione previsti negli accordi sottoscritti tra l'azienda e le organizzazioni sindacali;

si tratta di un principio affermato in linea prevalente anche dalla giurisprudenza nel rispetto dei principi di non discriminazione, diligenza e buona fede, in un'ottica di "perequazione", il cui rispetto, invece, è indispensabile al fine di garantire una giusta distribuzione fra il proprio personale degli oneri e dei redditi a garanzia, anche a tutela della professionalità dei lavoratori;

al riguardo, la Corte di cassazione con sentenza n. 1378 del 18 gennaio 2019 ha chiarito che il concetto di "professionalità" va inteso con riferimento alle competenze specifiche dei lavoratori e non a "livelli professionali scelti in maniera discrezionale e/o al maggiore o minore rendimento del dipendente, costituenti dati generici e opinabili", come, invece, sembra accadere in questo caso;

pertanto, il datore di lavoro, nel caso di riduzione d'orario, deve garantire la rotazione tra lavoratori che svolgono mansioni aventi il medesimo contenuto professionale, a prescindere dal livello di inquadramento o da altre valutazioni non oggettive;

la mancanza di un'equa rotazione e perequazione degli incarichi professionali, oltre a concretizzare un danno economico e patrimoniale, com-

porta altresì un danno alla professionalità per coloro che, collocati in cassa integrazione a zero ore, sono esclusi dall'attività di formazione presso i simulatori di volo predisposti dall'azienda, con il rischio di non vedersi rinnovata la licenza di volo, con un danno evidente sia per il presente sia soprattutto per il futuro professionale del personale, che viene così di fatto escluso ed espulso dal mondo del lavoro;

risulta al riguardo all'interrogante che siano già scadute le prime *re-cency* di alcuni dei piloti coinvolti. Si tratta di un danno ingiusto e molto grave, ma ciò che è davvero inconcepibile, a parere dell'interrogante, è che sia proprio lo Stato a causarlo, attraverso la struttura commissariale, finendo peraltro con il porre l'onere economico corrispondente a carico dell'erario,

si chiede di sapere se ai Ministri in indirizzo consti quanto esposto e, in caso positivo, che cosa intendano fare, ciascuno per le proprie competenze, per porre rimedio ad una situazione inaccettabile e che se confermata evidenzerebbe una discriminazione tra lavoratori dell'azienda gestita dalla struttura commissariale, che crea un danno ingiusto e rilevante nei confronti di circa 100 professionisti, che verrebbero espulsi da quel settore lavorativo.

(3-02412)

FERRAZZI, PITTELLA, ROJC, FEDELI, IORI, TARICCO, D'ARIENZO, MARGIOTTA, D'ALFONSO, ROSSOMANDO, BOLDRINI, GIACOBBE - *Al Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili.* - Premesso che, a quanto risulta agli interroganti:

nella seduta del 23 febbraio 2017, il Consiglio comunale di Venezia, con deliberazione n. 8, ha approvato la ratifica del protocollo di intesa sottoscritto in data 21 maggio 2015 tra la città di Venezia, ENAC e il suo concessionario SAVE S.p.A., relativo alla realizzazione del *terminal* T2 dell'aeroporto "Marco Polo" di Tessera, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché il conferimento del mandato alla partecipazione della conferenza dei servizi, ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 18 aprile 1994, n. 383;

con il protocollo di intesa, a fronte dell'impegno della città di Venezia ad avallare il piano di sviluppo dell'aeroporto, ENAC e SAVE S.p.A. si impegnano: all'attuazione del *terminal* T2 di Tessera, riconosciuto quale opera funzionale all'attività aeroportuale, che, nella prima fase realizzativa, prevedeva anche una quantità di parcheggi dedicata alle esigenze dei residenti degli insediamenti residenziali della laguna nord; all'avvio dell'esproprio delle aree necessarie subito dopo l'approvazione del piano di sviluppo aeroportuale;

considerato che:

la realizzazione del *terminal* T2 di Tessera è inserita nella pianificazione territoriale del Comune di Venezia ed in particolare nel piano di assetto del territorio, ratificato con la delibera di Giunta della Provincia di Venezia 10 ottobre 2014, n. 128, e nel piano degli interventi;

il piano di sviluppo dell'aeroporto "Marco Polo" di Venezia Tessera, approvato da ENAC e pubblicato nella parte seconda della *Gazzetta Ufficiale* 9 giugno 2018, n. 66, comprende, nel programma degli interventi di potenziamento infrastrutturale all'orizzonte temporale dell'anno 2021, la realizzazione della fase 1 del *terminal* T2 di Tessera;

dal momento dell'approvazione del piano di sviluppo dell'aeroporto, cui erano principalmente interessati ENAC e SAVE S.p.A., non si sono registrati progressi nella realizzazione del *terminal* T2, nonostante gli impegni assunti nel quadro del protocollo di intesa;

valutato che:

tale inadempienza, che dura da quasi 3 anni, risulta particolarmente grave in quanto la realizzazione del *terminal* risponde ad un precipuo interesse della comunità veneziana, che consiste in particolare in un'alternativa, nei flussi di traffico per l'ingresso a Venezia, soprattutto per quelli turistici, rispetto al sistema che ruota attorno a ponte della Libertà e piazzale Roma, e in una dotazione essenziale di servizi per i residenti di Murano e Burano;

il silenzio di ENAC e SAVE relativamente alla mancata attuazione del *terminal* di Tessera non appare giustificato, né è mai stato motivato, poiché essi, dopo aver sottoscritto un impegno con il Comune di Venezia, risultano a tutt'oggi inadempienti nella realizzazione di un'opera funzionale all'attività aeroportuale, a fronte dell'approvazione del piano di sviluppo dell'aeroporto con il parere favorevole del Comune di Venezia in sede di conferenza dei servizi,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia informato dei fatti esposti, ed in particolare se conosca quali siano le motivazioni che hanno giustificato la mancata attuazione degli impegni assunti con il Comune di Venezia da ENAC e dal suo concessionario SAVE S.p.A. con il protocollo di intesa sottoscritto in data 21 maggio 2015;

quali urgenti iniziative intenda porre in essere al fine di garantire in tempi congrui il completo adempimento del protocollo di intesa, mediante la realizzazione della fase 1 del *terminal* T2, che fa parte integrante del "programma degli interventi di potenziamento infrastrutturale all'orizzonte temporale dell'anno 2021" del piano di sviluppo dell'aeroporto "Marco Polo" di Venezia Tessera, approvato nel 2018.

(3-02413)

FERRAZZI - *Al Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili*. - Premesso che:

a quanto si apprende dal sito ANAS S.p.A., in data 8 aprile 2019 sono stati consegnati all'impresa "Grandi Lavori S.c.ar.l. consorzio stabile" i lavori di manutenzione straordinaria del ponte sul fiume Brenta della strada

statale 309 Romea. Dopo due anni, i lavori sarebbero completati solo per circa il 32 per cento;

essendo la tratta particolarmente rilevante per la logistica nazionale, in quanto è uno dei pochi collegamenti tra il Nordest e il resto del Paese, ANAS ha optato per consentire parzialmente il transito dei mezzi, anche pesanti, a costo, da un lato, di limitare la viabilità e causare code e disagi, dall'altro di prolungare ulteriormente la durata dei lavori;

in particolare, secondo le informazioni aggiornate sul sito ANAS al 12 marzo 2021, dal 15 marzo è stato istituito il senso unico alternato mediante restringimento di carreggiata e il divieto di transito ai mezzi con massa superiore alle 44 tonnellate fino al termine delle operazioni, previsto entro il 5 luglio 2021. Per tali ragioni, unite al fatto che lungo il medesimo percorso non sarebbero disponibili deviazioni, i numerosi utenti del tratto stradale lamentano la formazione quotidiana di code di circa quattro chilometri, nonostante il traffico ridotto a causa delle presenti circostanze sanitarie;

a quanto si apprende, gli amministratori dei Comuni interessati avrebbero richiesto di consentire lo svolgimento dei lavori in orari notturni e di spostare il traffico pesante, laddove possibile, sull'autostrada, ma tali richieste non sarebbero state ancora accolte,

si chiede di sapere:

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

quali iniziative urgenti intenda adottare per assicurare una rapida conclusione dei lavori, in particolare in vista della ripresa delle attività economiche e turistiche;

quali iniziative intenda altresì adottare per individuare soluzioni alternative che garantiscano la regolarità del traffico e la mitigazione dei disagi nel periodo di conclusione dei lavori.

(3-02414)

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

la normativa in materia di biocidi è stata riformata a livello europeo con il regolamento (UE) n. 528/2012, che ha sostituito la "direttiva biocidi" (98/8/CE), relativa all'immissione in commercio di tali sostanze, con lo scopo di migliorare il funzionamento del mercato interno attraverso l'armonizzazione delle norme relative alla loro messa a disposizione ed utilizzo;

ricadono nell'ambito del regolamento anche i prodotti antisettici, ossia prodotti che non appartengono con chiarezza ad un determinato settore e per i quali è difficile stabilire quale sia la normativa di riferimento da applicare (cosiddetti prodotti *borderline*);

in Italia i prodotti antisettici destinati alla disinfezione della cute umana integra possono essere registrati come presidi medico chirurgici

(biocidi) ricompresi nel nuovo regime autorizzativo previsto dal regolamento (UE) n. 528/2012- BPR;

l'Agenzia chimica europea, nelle linee guida per l'applicazione del regolamento europeo n. 528/2012, ha previsto che per "i prodotti per l'antisepsi della cute lesa o per l'antisepsi della cute integra prima di un trattamento medico invasivo debbano essere sempre specialità medicinali e, quindi, ricadere sotto la regolamentazione della Direttiva 2001/83/CE";

la Commissione europea nella versione rivista (gennaio 2019) del "Manual on borderline and classification in the Community regulatory framework for medical device" ha specificato che "sulla base delle evidenze disponibili, per l'antisepsi della cute si devono utilizzare prodotti registrati come medicinali";

i più importanti Paesi del continente, tra cui Regno Unito, Germania, Francia, Belgio, Olanda e Spagna, hanno recepito tali indicazioni, prevedendo che per l'antisepsi chirurgica del paziente, anche su cute integra, deve essere utilizzato un prodotto classificato come farmaco a garanzia di sicurezza, qualità, sterilità, tracciabilità e rintracciabilità del prodotto impiegato;

le corrette pratiche di antisepsi della cute lesa o integra prima di procedure mediche invasive rappresentano un valido strumento nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e nella lotta all'antibiotico-resistenza,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo ritenga di prevedere, in conformità alle linee guida dell'Agenzia chimica europea, alle raccomandazioni della Commissione europea e in linea con le indicazioni rese dagli altri Paesi europei, l'utilizzo di prodotti registrati come specialità medicinali nell'antisepsi della cute integra che precede un trattamento medico invasivo, ricadenti quindi sotto la regolamentazione della direttiva 2001/83/CE.

(3-02415)

LANNUTTI, CROATTI, ANGRISANI, VANIN, MORONESE, LANZI, MAUTONE, DI MICCO, ROMAGNOLI, DESSI - *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro dell'economia e delle finanze.* - Premesso che:

banca MPS, la più antica banca, è stata inghiottita in un buco nero di dissesto finanziario con un *crack* di oltre 60 miliardi di euro, tenuta ancora in vita dagli interventi degli azionisti e dello Stato (che, detenendo la maggioranza del capitale, ha impedito l'azione di responsabilità verso gli ex amministratori Profumo e Viola all'assemblea dei soci del 6 aprile 2021) con infinite iniezioni di capitale, le cui condizioni finanziarie furono aggravate con la delibera n. 154 del 17 marzo 2008 firmata dal governatore della Banca d'Italia, che autorizzava l'acquisto di Antonveneta con operazioni a debito fino a 9 miliardi di euro (17,1 miliardi il conto finale) anche tramite strumenti ibridi e *bond* subordinati da rifilare al pubblico indistinto;

il Presidente del Consiglio dei ministri, Draghi, forte di una lunga carriera da direttore generale del tesoro negli anni '90, dal 2002 al 2005 è stato vice presidente e *managing director* di Goldman Sachs international, governatore della Banca d'Italia dal 29 dicembre 2005 al 31 ottobre 2011, dall'aprile del 2006 presidente del Financial stability forum (organo che doveva impedire le crisi bancarie), presidente della Banca centrale europea, da febbraio 2012 governatore onorario della Banca d'Italia;

nel periodo 2008-2011, sotto la guida di Giuseppe Mussari e nel periodo 2012-2015, con la guida di Alessandro Profumo (presidente) e Fabrizio Viola (amministratore delegato e direttore generale), il Monte dei Paschi di Siena ha illecitamente contabilizzato come investimenti in titoli di Stato 5 miliardi di euro di temerarie speculazioni in prodotti finanziari derivati eseguiti con due banche estere (Deutsche Bank, Nomura), indicate anche come operazioni "Deutsche Bank" e "Nomura", con il fine (anch'esso risultato illecito) di occultare le perdite di altre operazioni di investimento denominate "Santorini" ed "Alexandria";

il 15 ottobre 2020, riconosciuta la responsabilità penale sempre con riguardo alle suddette operazioni nel periodo 2012-2015, il Tribunale di Milano con separato procedimento ha condannato in primo grado Fabrizio Viola e Alessandro Profumo a 6 anni di reclusione e a una multa di 2,5 milioni di euro;

il 7 aprile 2021 il Tribunale di Milano ha reso note le motivazioni della sentenza. Per i giudici milanesi Profumo e Viola "dalle spiccate capacità a delinquere" erano "pienamente consapevoli" degli errori sui derivati e sul loro operato "è ravvisabile un'intenzione d'inganno (...), giacché tale era il fine che animava il nuovo management, ossia assicurare il mercato in vista dell'incetta di denari che si sarebbe da lì a poco perpetrata con gli aumenti di capitale", ovvero con l'obiettivo di fare profitti. Per i giudici "sussiste" pure un "ingiusto profitto, principalmente in favore della banca stessa, parsa navigare in migliori acque grazie al falso, che ne ha accresciuto la percezione di affidabilità". Per il Tribunale di Milano, dunque, "non residuano dubbi, all'esito dell'istruttoria, circa la piena consapevolezza dell'erroneità della contabilizzazione a saldi aperti, desumibile dal granitico compendio probatorio raccolto, articolato in plurimi e convergenti elementi di significativa pregnanza";

considerato infine che i giudici del Tribunale di Milano, nelle motivazioni della sentenza, sottolineano che "l'organismo di vigilanza (Bankitalia, Consob) ha assistito inerte agli accadimenti, limitandosi a insignificanti prese d'atto, nella vorticoso spirale degli eventi (dalle allarmanti notizie di stampa sino alla *débâcle* giudiziaria) che un più accorto esercizio delle funzioni di controllo avrebbe certamente scongiurato",

si chiede di sapere:

se il Governo sia a conoscenza dei gravissimi e reiterati comportamenti di Fabrizio Viola ed Alessandro Profumo, condannati in primo grado dal Tribunale di Milano a 6 anni di reclusione, a una multa da 2,5 milioni di

euro ciascuno, al risarcimento delle parti civili ammesse e all'interdizione dai pubblici uffici per 5 anni e dalle cariche direttive nelle imprese per 2 anni, per i reati di aggio e false comunicazioni sociali nel filone d'inchiesta relativo alla contabilizzazione come BTP dei derivati stipulati dalla banca senese con Nomura e Deutsche Bank;

se intenda chiedere chiarimenti urgenti agli organismi preposti al controllo, i quali avrebbero assistito inerti agli accadimenti, nonostante le allarmanti notizie di stampa fino alla *débâcle* giudiziaria, come rimarcato nelle motivazioni della sentenza dai giudici di Milano.

(3-02416)

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

in Calabria nelle ultime ore si è registrato un forte e preoccupante inasprimento dei dati relativi a contagi, ricoveri e morti causate da COVID-19;

la celerità, infatti, con la quale si stanno riconvertendo interi reparti in terapia intensiva delle diverse strutture sanitarie dislocate sul territorio rischia non solo di non essere sufficiente a coprire la crescente quantità di malati gravi che hanno bisogno di essere ricoverati, ma anche di mettere a repentaglio la possibilità di garantire le rapide ed adeguate cure per tutti quei pazienti non affetti da COVID-19 che tuttavia necessitano di essere correttamente assistiti;

da quanto si apprende, e nonostante la regione sia da pochissimo tornata ad essere "zona arancione", il quadro epidemiologico e sanitario calabrese versa in condizioni molto serie: in data 11 aprile 2021, infatti, è stata raggiunta la soglia del 50 per cento dei posti letto occupati, con un dato complessivo che ha visto superare i 510 ricoveri (incluse le intensive), nonché i 900 morti da inizio pandemia, con quasi 600 nuovi positivi al virus accertati;

come evidenziato dalle recenti notizie pubblicate anche dalla stampa locale, è soprattutto la provincia di Cosenza il territorio maggiormente colpito da questa preoccupante *escalation*: un numero di nuovi positivi che ha superato, con riferimento alla data sopra indicata, le 320 unità, con 6.317 casi positivi attivi e ben 4 decessi registrati nelle ultime 24 ore;

considerato che:

la sanità calabrese, che negli ultimi anni ha risentito fortemente del susseguirsi di episodi di cattiva gestione che hanno determinato, tra l'altro, plurimi interventi legislativi volti a far fronte proprio a tali criticità, da tempo rischia un collasso drammatico a causa di molti fattori, quali la carenza di posti letto di terapia intensiva, la vetustà delle strutture, la penuria di personale sanitario e un inefficiente impiego delle risorse;

il piano vaccinale, nondimeno, stenta a decollare su tutto il territorio nazionale: la Calabria, per di più, è una delle regioni con la percentuale mi-

nore di dosi vaccinali somministrate in rapporto alla popolazione (17,75 per cento), e con un valore assoluto di somministrazioni che si attesta poco sopra alle 341.000 unità;

i sindaci della regione si stanno alacremenente attivando al fine di confrontarsi sull'inasprimento del quadro epidemiologico e sulle necessarie iniziative istituzionali che occorre mettere in campo e coordinare fra le differenti autorità;

non da ultimo, alcuni medici hanno espresso il proprio appello ad imporre addirittura un vero e proprio *lockdown* per porre un freno all'esponenziale accrescersi della crisi,

si chiede di sapere:

se Ministro in indirizzo sia a conoscenza dell'aggravarsi dell'emergenza sanitaria e pandemica nella provincia di Cosenza, come dimostrano i dati su contagi, ricoveri e morti da COVID-19 registrati negli ultimi giorni;

quali iniziative urgenti intenda mettere in atto affinché venga predisposto un piano di azione efficace volto ad arginare immediatamente l'acuirsi della crisi sanitaria nel cosentino, nonché al fine di far luce sulle preoccupanti vicende che hanno portato a quella che l'interrogante considera una cattiva gestione dell'emergenza pandemica, che sta mettendo a repentaglio la tutela della salute dei cittadini calabresi.

(3-02417)

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

con propria ordinanza n. 3/2021 il commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esecuzione della campagna vaccinale nazionale, generale Francesco Figliuolo, ha disposto che, "in sede di attuazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione da Sars-CoV-2, ciascuna Regione o Provincia autonoma è autorizzata a procedere alla vaccinazione non solo della popolazione ivi residente ma anche di quella domiciliata nel territorio regionale per motivi di lavoro, di assistenza familiare o per qualunque altro giustificato e comprovato motivo che imponga una presenza continuativa nella Regione o Provincia Autonoma";

l'ordinanza, volta a garantire la maggiore copertura vaccinale possibile sul territorio nazionale, favorendo nel caso specifico la vaccinazione di quanti (sono migliaia di persone) lavorano fuori sede o assistono persone inabili residenti in regioni diverse dalle proprie, non ha trovato piena attuazione. Ad esempio, nel Lazio, ai domiciliati viene richiesta dagli operatori di "Salute Lazio", pena il diniego alla vaccinazione, la scelta di un medico di base operante nella medesima regione;

tale richiesta non viene motivata né si comprendono le eventuali reali e insuperabili ragioni, qualora esistano, che condizionano l'erogazione del vaccino anti COVID-19 alla scelta del medico di base, atteso anche che ogni

altra prestazione sanitaria viene resa dal Servizio sanitario regionale anche ai non residenti attraverso semplice presentazione di prescrizione del medico di base operante nella regione di residenza dei domiciliati;

inoltre, la procedura per il cambio del medico di base da una regione all'altra comporta tempi e modalità non compatibili con la prenotazione e l'erogazione rapida della vaccinazione anti COVID-19. Di contro, obbligare i non residenti a recarsi per due volte nella propria regione li esporrebbe a rischi concreti per la loro salute e a spese di viaggio, vitto e alloggio in qualche caso non indifferenti,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti descritti e se e quali provvedimenti intenda eventualmente assumere per dare soluzione alla problematica rappresentata che, oltre a non essere conforme alle finalità per cui è stata emanata la ricordata ordinanza, non permette, al momento, alle persone non residenti di vaccinarsi.

(3-02418)

DE FALCO, MARILOTTI - *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'interno e della giustizia.* - Premesso che:

l'inchiesta pubblicata sul giornale "Domani" del 2 aprile 2021, a firma di Andrea Palladino, rileva che risultano essere molto numerose le trascrizioni d'intercettazioni effettuate tra il 2016 ed il 2017, e ora depositate a chiusura dell'inchiesta della Procura di Trapani sulle organizzazioni non governative, riguardanti giornalisti, mai imputati di alcun reato. In queste trascrizioni, vengono riportati anche i nomi delle fonti utilizzate dai giornalisti per il loro lavoro, fonti che il giornalista ha il diritto di tenere riservate;

in particolare, l'attenzione degli investigatori si è concentrata sulla giornalista esperta della situazione in Libia Nancy Porsia, intercettata almeno per un mese e mezzo, anche durante colloqui telefonici con il suo avvocato, Alessandra Ballerini;

è ben noto che i colloqui tra avvocato ed assistito sono tutelati dal segreto professionale e quindi, non possono essere soggetti ad intercettazioni, a norma dell'art. 103, comma 5, del codice di procedura penale;

risulta ancora che siano stati trascritti dati del tutto irrilevanti per le indagini in corso, ma che sono gravissimi, in quanto vengono riportate anche sintesi delle telefonate con l'avvocato Ballerini e i suoi spostamenti in relazione al caso Regeni. Si tratta di notizie che non hanno alcun legame con le indagini condotte dalla Procura di Trapani, ma che hanno certamente messo in pericolo l'incolumità fisica e la libertà di movimento dell'avvocato Ballerini, quando si è recata in Egitto per la famiglia di Giulio Regeni;

sempre l'articolo citato evidenzia come in un vero *dossier* relativo alla giornalista, sarebbero conservati fotografie, contatti sui *social network*, rapporti personali, nomi di fonti, oltre a contatti con giornalisti stranieri, in particolare spagnoli, in nessun modo coinvolti nelle indagini;

si tenga anche a mente che Porsia, come altri giornalisti intercettati, è stata minacciata in seguito alle sue ricostruzioni sull'improvvisa ascesa del "comandante Bija", spesso accolto come una vera autorità in Italia;

considerato che:

a parere degli interroganti, è molto grave che giornalisti sottoposti a minacce per aver fatto il proprio lavoro vengano, di fatto, utilizzati, senza il loro consenso, come "agenti infiltrati", aumentando ancora il rischio per la loro vita;

le notizie riportate dal giornale non sono state smentite, ma anzi hanno portato la Procura di Trapani ad assicurare che si procederà alla, tardiva, distruzione delle intercettazioni irrilevanti, ed anche all'annunciata decisione del Ministro della giustizia di disporre accertamenti sulla vicenda, ed anzi l'attuale Procuratore della Repubblica di Trapani ha ritenuto di dover ricordare di aver preso servizio solo nel 2019 e di aver ereditato il fascicolo delle indagini;

si tratta di una spiegazione che, a parere degli interroganti, non giustifica quanto esposto, ma che è anche preoccupante perché fa ritenere che la polizia giudiziaria, incaricata delle intercettazioni ma sottoposta sempre al controllo del pubblico ministero, abbia di fatto proceduto in autonomia e senza controllo da parte dei magistrati;

tra l'altro l'annunciata distruzione delle trascrizioni, ormai pubbliche, rischia di colpire ancora una volta i soggetti intercettati e che rischiano di non poter più entrare in possesso delle intercettazioni che li riguardano per eventuali iniziative;

come affermato il 6 aprile 2021 dall'autorevole giurista Vladimiro Zagrebelsky, queste intercettazioni costituiscono un vero attentato all'informazione; se è, infatti, vero che, al contrario di altre categorie professionali (avvocati, medici), ai giornalisti non è riconosciuto il diritto al segreto professionale, tuttavia gli stessi giornalisti hanno diritto a tutelare il segreto della fonte di una notizia, che proprio per questo non può essere utilizzata in un processo;

condizione essenziale del lavoro del giornalista, che ha il compito di rivelare proprio quelle notizie che un potere non voglia che siano rivelate, è la protezione delle fonti, quindi. È, infatti, evidente che, se la confidenzialità del rapporto tra giornalista e fonte non fosse garantita, la fonte si esaurirebbe per timore di essere identificata, compromettendo così la possibilità per la stampa di svolgere il suo ruolo;

non si tratta, quindi, di un privilegio, ma di una garanzia per la democrazia e per la libertà di espressione del giornalista, facendo venire meno la fiducia della fonte nella segretezza, e vanificando quindi la stessa funzione della libera stampa;

anche qualora le intercettazioni non venissero usate in tribunale, le fonti sono ormai note, generando quello che viene definito "*chilling effect*", effetto inibizione sulla fonte stessa. È chiaro che non si tratta solo, e già sa-

rebbe molto, di un *vulnus* nei confronti di un giornalista o di un giornale, ma di un colpo gravissimo alla stessa libertà di stampa nel suo complesso;

a parere dell'interrogante appare, tra l'altro, alquanto preoccupante la concorrente strategia tra coloro che volevano (vogliono) imporre il silenzio sul canale di Sicilia, con una condotta che non può che apparire minacciosa nei confronti di giornalisti intercettati,

si chiede di sapere:

quali iniziative di propria competenza, intendano intraprendere il Presidente del Consiglio dei ministri ed i Ministri in indirizzo, oltre agli annunciati accertamenti sui fatti esposti, al fine di verificare se siano state violate le norme relative alla tutela del diritto alla difesa, del diritto di cronaca, della libertà personale e di informazione;

quali iniziative intendano intraprendere per tutelare il segreto professionale per gli avvocati, cardine ineludibile del diritto alla difesa e che se violato come nelle circostanze esposte mette a rischio anche la vita delle persone interessate.

(3-02419)

BERGESIO, VALLARDI, SBRANA, RUFA, ZULIANI - *Al Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali*. - Premesso che:

l'ondata di gelo che ha colpito il Paese ha avuto un impatto devastante per l'agricoltura;

in un contesto economico già problematico per l'emergenza sanitaria da COVID-19, si prospetta per molte imprese del comparto l'avvio di una fase estremamente difficile, in un quadro segnato dal progressivo aumento delle stime sui danni, a denotare l'eccezionalità del fenomeno che ha colpito tutto il Paese;

il drastico calo delle temperature, nelle notti del 7 e dell'8 aprile 2021, ha coinvolto tutta la penisola, devastando in modo irrecuperabile le coltivazioni nel settore ortofrutticolo e cerealicolo; in molte aree del Paese è andato perso il 95 per cento dei raccolti di kiwi e di albicocche e il 90 per cento delle susine;

danni ingenti si sono inoltre registrati per le altre produzioni, come mele, mirtilli, nocciole, pesche e uve precoci, per le quali due ultime i raccolti sono andati quasi interamente bruciati, come per i kiwi; sembra che le perdite abbiano poi interessato anche il grano, il mais e le coltivazioni orticole;

è necessario attivare con urgenza tutti gli strumenti previsti per la gestione delle calamità naturali indirizzando al fondo di solidarietà nazionale le risorse necessarie a fronteggiare un evento che si è manifestato come assolutamente straordinario;

l'agricoltura è stato il settore più esposto ai continui e repentini cambiamenti climatici degli ultimi tempi. Questo potrebbe essere il momento di ripensare ad un nuovo sistema di interventi che in tempi rapidi permetta alle imprese di disporre delle risorse necessarie per fronteggiare tali calamità, anche con il coinvolgimento dell'Unione europea, visto che le gelate hanno colpito anche altri Paesi membri,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia in possesso delle stime aggiornate dei danni causati all'agricoltura dalle ultime gelate verificatesi su tutto il territorio nazionale e quali interventi straordinari intenda attivare per fare immediatamente fronte all'emergenza, permettendo alle imprese agricole una rapida ripresa produttiva;

se voglia farsi promotore, a livello europeo, della necessità di ridefinire, a fronte dei drastici eventi climatici che coinvolgono ormai diversi Paesi europei, un sistema di gestione delle calamità naturali in grado di assicurare in tempi rapidi il giusto ristoro per i danni subiti dalle imprese e garantire loro una veloce ripresa economica.

(3-02420)

Interrogazioni con richiesta di risposta scritta

MASINI - *Ai Ministri della salute e per gli affari regionali e le autonomie.* - Premesso che:

a quanto si apprende dalla denuncia del NurSind, sindacato autonomo delle professioni infermieristiche, il pronto soccorso dell'ospedale "San Jacopo" di Pistoia avrebbe raggiunto un livello di saturazione tale da non garantire più il distanziamento tra i pazienti e di conseguenza il mantenimento dei corretti protocolli utili a prevenire il contagio da COVID-19;

sempre stando alla nota del sindacato, nelle scorse settimane sarebbero stati isolati focolai in alcuni *setting* e reparti, rendendo necessaria la loro chiusura per la sanificazione completa e comportando quindi un'ulteriore riduzione di posti letto;

a quanto risulta all'interrogante, i pazienti che hanno effettuato il tampone molecolare all'arrivo al pronto soccorso, resterebbero in attesa del risultato tutti in un'unica area COVID, aumentando così il rischio di creare focolai;

da una nota della direzione sanitaria del presidio ospedaliero, si evince come questo sovraffollamento del pronto soccorso sia reale, passando da una media di 85 accessi al giorno a circa 100. Dal 27 marzo al 5 aprile 2021 gli accessi sono stati 1.012 (media giornaliera di 101); i ricoveri totali 282 (media di circa 28 ricoveri al giorno);

la Regione Toscana e le USL di competenza avrebbero pubblicato linee guida e protocolli di sicurezza che ad oggi risultano difficili da rispettare, ma che, al momento, non avrebbero subito aggiornamenti;

la sanità toscana è regolata dalla legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84, che ha previsto il riordino del sistema sanitario regionale, con l'accorpamento delle 12 USL preesistenti in sole 3 USL, una per ciascuna area vasta, riducendo di fatto l'impatto della medicina di prossimità, che nel caso della pandemia da COVID-19 si è rivelata, in più regioni, fondamentale;

nonostante l'adozione da parte di molte Regioni e il via libera da parte del Ministero della salute, ad un protocollo relativo alle cure domiciliari del COVID-19, il sistema sanitario regionale toscano non sarebbe ancora riuscito a mettere a regime l'assistenza domiciliare, costringendo i pazienti a rivolgersi ai punti di pronto soccorso;

a quanto appreso dagli organi di stampa e dai dati in possesso del Ministero della salute, anche per quanto riguarda il piano vaccinale, la sanità toscana avrebbe delle grosse lacune, avendo lasciato fuori dalla prima fase di vaccinati, migliaia di *over 80* per distribuire dosi di vaccini a liste di non meglio nota composizione,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti e quali siano le loro considerazioni in merito;

se, ognuno per le proprie competenze, non ritengano necessario intervenire, confrontandosi con la Giunta regionale Toscana, per fare chiarezza rispetto ai protocolli da adottare e alla gestione del piano vaccinale;

se non ritengano opportuno ipotizzare una sorta di sistema premiale per le Regioni più virtuose nella gestione dell'emergenza, in modo da incentivare i singoli sistemi sanitari a modificare sé stessi in base alle nuove esigenze.

(4-05254)

DE POLI - Ai Ministri dello sviluppo economico, dell'economia e delle finanze e del lavoro e delle politiche sociali. - Premesso che:

l'ultimo decreto-legge che elimina, di fatto, le cosiddette zone gialle fino al 30 aprile 2021 ha ulteriormente esasperato gli animi di quanti, dopo mesi di aperture e chiusure, nutrivano la speranza di poter finalmente riaprire la loro attività;

l'incertezza con la quale da mesi convivono i ristoratori ed i commercianti, *leitmotiv* di questo periodo di pandemia, sfociata in una dura e, purtroppo violenta, dimostrazione a Roma, in piazza Montecitorio, ha generato una tensione sociale quasi incontrollabile che necessita subito di decisioni rapide, precise ed eque;

anche i rappresentanti dei settori dell'ASCOM Confcommercio Padova, maggiormente colpiti dalle restrizioni conseguenti al virus (abbigliamento, ambulanti, palestre, spettacoli, cultura) e i baristi e ristoratori dell'APPE (Associazione provinciale pubblici esercizi) con un *flash mob* hanno manifestato davanti al Tribunale di Padova, per ribadire che le imprese sono allo stremo, ad un passo dal fallimento,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo possano intervenire urgentemente, con una puntuale programmazione che consenta la riapertura delle attività commerciali e di ristorazione, che rappresentano una risorsa preziosa per il sistema Italia, da tutelare e incentivare, per evitare che scompaiano a causa del progressivo depauperamento generato dalla crisi pandemica.

(4-05255)

DE CARLO - *Ai Ministri delle politiche agricole alimentari e forestali e del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che dai più recenti bilanci della fondazione ENPAIA (Ente nazionale di previdenza per gli addetti e per gli impiegati in agricoltura), pubblicati dalla stessa sul proprio sito istituzionale, si evince che dal 2019 al 2020 vi sia stato un aumento di oltre il 30 per cento della spesa destinata ai compensi e agli oneri degli organi sociali; ovvero, nel bilancio consuntivo del 2019 risultava alla voce "compensi ed oneri per organi sociali" un importo pari a 914.357 euro, mentre nel pre-consuntivo dell'anno 2020 alla stessa voce l'importo è pari a 1.350.000 euro, per poi aumentare ancora nel 2021, dove, nel bilancio previsionale del 2021, tale importo è di 1.365.000 euro, così come per il 2022 e il 2021;

considerato che 900.000 braccianti agricoli stagionali, proprio nel 2021, sono stati esclusi dagli aiuti previsti dal decreto "sostegni" (decreto-legge n. 41 del 2021) e a causa della pandemia da COVID-19 sono innumerevoli le problematiche economiche che si riscontrano nei settori produttivi e si stanno ripercuotendo fortemente anche sul settore primario, come ad esempio le perdite economiche legate alla filiera dell'agroalimentare o del settore degli eventi,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo siano al corrente di quanto esposto in premessa.

(4-05256)

SBRANA - *Ai Ministri della transizione ecologica, dell'interno e della salute.* - Premesso che:

una recente inchiesta, pubblicata dal gruppo internazionale di investigazione giornalistica "Oxpeckers" e successivamente approfondita da "LifeGate", sul traffico di tigri in Italia, ha messo in evidenza le incongruenze circa i dati sulla loro presenza in Italia, le pessime condizioni di manteni-

mento all'interno di parchi, zoo, circhi o abitazioni private e una cattiva gestione della fauna esotica in Italia e in Europa;

dall'inchiesta risulta che, a fronte di richieste ufficiali, sono state ottenute risposte differenti e incongrue dalle fonti interpellate, ovvero l'attuale Ministero della transizione ecologica, che ha riferito di 75 tigri in cattività presenti in Italia, mentre secondo gli uffici della "Convenzione sul commercio internazionale delle specie di flora e fauna selvatiche minacciate di estinzione", CITES, il numero si attesta su 161 esemplari;

per alcune organizzazioni non governative i dati in Italia sarebbero pesantemente incompleti: la Lega anti vivisezione evidenzia come la mancanza di dati ufficiali e veritieri alimenti il traffico illegale con serio danno per il benessere degli animali, la conservazione della specie e la sicurezza dei cittadini, considerata la loro elevata pericolosità, e l'associazione "Four paws international" evidenzia che "le cifre tra il reale e i dati ufficiali si scosta di centinaia di esemplari... le tigri sarebbero almeno 160 nei circhi, senza contare tutte quelle presenti negli zoo italiani o in mano ai privati (...) i numeri ufficiali forniti delle autorità (913 tigri in tutta Europa) non rappresentano la realtà", mentre l'"Animal advocacy and protection" ha portato alla luce un "mercato più o meno sommerso di tigri vive e di loro derivati che alimenta il commercio illegale";

l'inchiesta ha ricordato la recente vicenda di un carico di 10 tigri partite da Latina e sequestrate alla dogana in Polonia, con un esemplare morto e i restanti in evidente stato di sofferenza, destinati ad un traffico illegale, episodio che conseguentemente ha posto molte questioni sul trasporto e il numero di tigri;

secondo *report* nazionali ed internazionali, in Europa il traffico di animali esotici, rari e in via di estinzione costituisce un giro di affari ancora attivo e prolifico e Francia e Italia rappresenterebbero dei punti centrali in questo mercato, con particolare riferimento alla tigre selvatica;

la tigre selvatica è stata inserita nella "lista delle specie a rischio" dell'IUCN, in quanto in via di estinzione, *status* garantito solo alle tigri "purosangue", ma non alla tigre "ibrida", che non viene quindi adeguatamente protetta;

la tigre selvatica è stata inserita all'interno del "Regolamento sul commercio di specie selvatiche dell'UE" e nella CITES, per garantire che nessuna specie di fauna o flora selvatiche divenga o sia soggetta ad uno sfruttamento insostenibile, a causa del commercio internazionale; norme internazionali ed europee ne vietano l'utilizzo per fini commerciali, con alcune eccezioni per scopi educativi, di ricerca e riproduzione;

in Italia la legge n. 150 del 1992 e il decreto ministeriale 19 aprile 1996 classificano la tigre selvatica come pericolosa per l'incolumità pubblica e per tale motivo è consentita la detenzione solamente a strutture "idonee"; inoltre, l'utilizzo a fini commerciali viene concesso dietro il rilascio di certificati apposti da parte dei nuclei Carabinieri CITES, e si prevede un ruolo attivo da parte delle Prefetture,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo, ciascuno per la propria competenza, vogliono indicare quali siano i numeri ufficiali riguardanti la detenzione in cattività delle tigri selvatiche in Italia, e quali iniziative, a fronte dei dati posseduti, ritengano necessarie per assicurare l'incolumità pubblica e accertare le condizioni effettive in cui questi animali vengono mantenuti.

(4-05257)

DE POLI - *Ai Ministri del lavoro e delle politiche sociali e dell'economia e delle finanze.* - Premesso che:

la legge n. 328 del 2000 ha riformato i servizi sociali istituendo gli "ambiti territoriali sociali", aggregazioni intercomunali che pianificano e garantiscono un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà, grazie alla presenza di un assistente sociale ogni 5.000 abitanti;

la legge di bilancio per il 2021 ha previsto un contributo per quegli ambiti territoriali con un rapporto tra assistente sociale e abitanti di uno a 6.500;

il Comune di Este (Padova) è capofila dell'ambito Ven-17, composto da 44 Comuni per un numero totale di 180.715 abitanti. In questo territorio è operativa un'*équipe* denominata "Ufficio di ambito" composta da 4 assistenti sociali, da un'educatrice professionale e da assistenti sociali chiamati al bisogno con orario ridotto e a tempo determinato;

l'impossibilità di assumere, in aggiunta a quelle già esistenti, ulteriori figure professionali a tempo pieno e indeterminato per mancanza di forza economica e per la presenza di divieti e vincoli, con un rapporto di un assistente sociale ogni 7.418 abitanti esclude l'ambito Ven-17 da qualsiasi contributo;

nel solo anno della pandemia sono aumentate notevolmente le richieste di assistenza domiciliare, di supporto psicologico, di interventi nei confronti di minori in situazione di povertà educativa, di interventi economici per l'emergenza abitativa, di richieste di sostegno riguardanti la violenza contro le donne, nonché di richieste di contributi per il pagamento delle rette degli utenti delle case di riposo e di interventi per il sostegno alle persone disabili;

rispetto al fabbisogno del territorio, sarebbe importante raggiungere la soglia di un assistente sociale ogni 5.000 abitanti, assumendo almeno altri 12 assistenti sociali a tempo pieno e con contratto a tempo indeterminato,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo non reputino necessario prevedere un contributo economico per incrementare il numero degli assistenti sociali, al fine di soddisfare al meglio i bisogni dei cittadini più fragili, particolarmente in questo periodo in cui la pandemia ha inferto un duro colpo all'economia del nostro Paese.

(4-05258)

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

a fronte di un momento di difficoltà generale nella somministrazione dei vaccini anti COVID-19, determinata da una carenza di vaccini, da quanto è dato sapere da notizie di stampa, in Puglia, e precisamente nella martoriata città di Taranto, più che procedere alla vaccinazione delle categorie più fragili, si sarebbe iniziato a somministrare il vaccino a sacerdoti, a volontari della Caritas, ai dipendenti dell'Agenzia per l'ambiente, ai dipendenti degli enti regionali di formazione professionale;

da quanto si apprende, in Puglia i numeri delle statistiche sulle scorte del vaccino AstraZeneca non coincidono: infatti per il Ministero della salute sarebbero 80.000, per la Regione Puglia 39.000;

dette circostanze riportate dalla stampa, come emerge da un servizio della trasmissione televisiva "Agorà", andato in onda il 2 aprile su RAI3, sono state confermate dal coordinatore del piano vaccini della Regione Puglia;

tutto ciò è aggravato dalle successive notizie, riportate dai *media*, nelle quali si farebbe riferimento alla palese mancanza di organizzazione e programmazione del piano vaccinale;

nella città di Lecce, come emerso dalla stampa nazionale e locale, i DIS territoriali invitavano i medici di base, a mezzo di un'*e-mail* giunta alle ore 13.23, a ritirare le dosi di vaccino dalle 13.00 alle 14.00 della medesima giornata;

la situazione determinatasi è assai grave e necessita di essere chiarita con massima urgenza,

si chiede di sapere quali interventi si ritenga di promuovere, al fine di garantire, in tempi rapidi, il rispetto delle linee guida per le somministrazioni vaccinali anti COVID-19, la somministrazione del vaccino alle categorie fragili, nonché l'accertamento di eventuali responsabilità rispetto a quanto accaduto.

(4-05259)

DE POLI - *Ai Ministri delle infrastrutture e della mobilità sostenibili e dell'economia e delle finanze.* - Premesso che:

nell'ottica della pianificazione delle linee strategiche di sviluppo dell'intero sistema Italia appaiono prioritari sia l'alta velocità ferroviaria nell'asse nord-sud (linea Padova-Bologna), sia nell'asse est-ovest (Padova-Vicenza), perché il territorio di Padova, oltre a possedere uno dei più importanti sistemi economici del Nordest e dell'Italia intera, rappresenta, da un lato, un fondamentale polo di sviluppo della logistica, con la presenza di uno dei principali interporti di rilevanza nazionale ed europea, e, dall'altro, un punto di snodo strategico per raggiungere i mercati, fondamentali per le im-

prese italiane, dei Paesi dell'est e del nord Europa, che necessitano quindi di collegamenti rapidi e veloci per il trasporto delle persone e delle merci;

si tratta inoltre di due interventi che rispondono perfettamente agli obiettivi del programma "Next Generation EU", legati ad una mobilità più sostenibile ed efficiente;

la disponibilità di due linee moderne favorirebbe anche il *modal shift* a favore della ferrovia, come previsto dal "green deal" europeo, alleggerendo i livelli di traffico che caratterizzano la A4 tra Padova e Vicenza e la A13 Bologna-Padova;

considerato che:

la tratta ad alta velocità Padova-Vicenza è, perciò, un elemento fondamentale dell'intero corridoio mediterraneo e rappresenta per l'Italia un'importante connessione logistica con la Francia ad ovest e con la Slovenia ad est;

ritardare la realizzazione di questa specifica tratta renderebbe meno funzionale ed efficiente l'intero asse est-ovest, con un impatto negativo sulla fluidità della mobilità passeggeri e merci;

Padova e la sua provincia non possono in alcun modo essere estromesse dagli assi di sviluppo connessi all'alta velocità ferroviaria del nostro Paese,

si chiede di sapere se il Governo intenda inserire tra i progetti previsti dal "recovery plan" per modernizzare la rete ferroviaria e le strade, finanziati e affidati ad ANAS e RFI, le due linee ad alta velocità Padova-Bologna e Padova-Vicenza, che dovranno unire il territorio veneto con le altre aree del Paese, favorendo lo sviluppo di tutti i settori economici, compreso il turismo, che sarà uno degli assi fondamentali della ripartenza.

(4-05260)

CORTI - *Ai Ministri del lavoro e delle politiche sociali e dello sviluppo economico.* - Premesso che:

nelle scorse settimane, Fincantieri S.p.A., principale committente di Unifer Navale S.r.l., ha comunicato la decisione di non voler continuare a mantenere le commesse affidate a quest'ultima, mettendo in serio rischio la posizione di 88 lavoratori che vi operano e, quindi, anche delle rispettive famiglie;

la citata azienda di Finale Emilia fornisce da anni a Fincantieri S.p.A. impiantistica navale e industriale di alta tecnologia, risultato di una riconosciuta capacità professionale dei propri dipendenti e simbolo di un *know how* di competenze e di lavoro che occorre tutelare e conservare, soprattutto in un momento di grande e condiviso impegno per far ripartire il nostro Paese;

nella giornata di venerdì 26 marzo 2021 si è svolto presso i locali di Unifer Navale uno sciopero durato due ore, proclamato dalla FIOM-CGIL e dalla rappresentanza sindacale unitaria, al fine di scongiurare il disimpegno di Fincatieri negli ordini, decisione che ha messo a repentaglio la sopravvivenza dell'azienda, dell'occupazione diretta e di tutto l'indotto,

si chiede di sapere quali iniziative di propria competenza i Ministri in indirizzo intendano adottare al fine di salvaguardare i livelli occupazionali e il mantenimento dell'attività produttiva nel sito Unifer Navale.

(4-05261)

MININNO, ORTIS, CRUCIOLI, ANGRISANI, DI MICCO, LA MURA, LANNUTTI, GIANNUZZI - *Al Ministro della difesa.* - Premesso che:

il Ministero della salute, con circolare prot. n. 0014358 del 7 aprile 2021, pur ribadendo che il vaccino Vaxzevria (precedentemente denominato "COVID-19 Vaccine AstraZeneca") è approvato a partire dai 18 anni di età, ne ha raccomandato l'uso nelle persone di età superiore ai 60 anni o per il completamento del ciclo vaccinale per coloro i quali abbiano già ricevuto una prima dose del vaccino;

il personale della difesa in età da lavoro, salvo rare eccezioni, ha meno di 60 anni;

l'Ispettorato generale della sanità militare, con circolare prot. n. 0066526 dell'8 aprile 2021, ha disposto il proseguimento della campagna vaccinale del personale "senza alcuna interruzione", raccomandando "massima attenzione all'atto della compilazione del consenso informato";

il modulo del consenso informato per il personale della difesa, diffuso in data 30 marzo 2021, fornisce le seguenti informazioni: "Dopo la somministrazione del Vaccino COVID-19 AstraZeneca è stata osservata molto raramente una combinazione di coaguli di sangue e livelli bassi di piastrine, in alcuni casi con la presenza di sanguinamento. In alcuni casi gravi, si sono manifestati coaguli di sangue in distretti diversi o insoliti come pure coagulazione o sanguinamento eccessivi in tutto il corpo. I casi più gravi segnalati sono molto rari: al 16 marzo 2021, circa 20 milioni di persone in Europa (incluso il Regno Unito) hanno ricevuto il vaccino e l'EMA3 ha riscontrato 7 casi di trombi in più vasi sanguigni (coagulazione intravascolare disseminata, CID) e 18 casi di trombosi cerebrale. La maggior parte di questi casi si è verificata entro i primi 7-14 giorni dopo la vaccinazione, principalmente in donne sotto i 55 anni di età. Tuttavia, un numero maggiore di donne sotto i 55 anni ha ricevuto il vaccino rispetto ad altre persone. Alcuni casi hanno avuto esito fatale";

per quanto risulta agli interroganti la campagna vaccinale del personale della difesa prosegue con somministrazione del predetto vaccino anche nei confronti del personale di età inferiore a 60 anni, che non ha già ricevuto una prima dose,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti e se intenda intervenire al fine di far rispettare le raccomandazioni del Ministero della salute.

(4-05262)

DAL MAS, FERRO - *Al Ministro dello sviluppo economico.* - Premesso che:

subito dopo lo scoppio della pandemia da COVID-19, nel febbraio 2020, in Italia si è registrata una forte carenza di dispositivi di protezione individuale, difficilmente reperibili anche sui mercati esteri per la grande mole di richieste proveniente da ogni parte del mondo;

per trovare soluzione alla carente disponibilità di questi dispositivi, molte aziende italiane, anche su invito del Governo e della struttura commissariale, hanno provveduto alla riconversione delle proprie linee produttive;

la stessa struttura commissariale, in alcuni casi, finanziò gli investimenti necessari, mentre altre imprese provvidero con risorse proprie;

la produzione di questi dispositivi, soprattutto mascherine, nel nostro Paese ha fatto in modo che i beni tornassero disponibili sul mercato, che il prezzo si calmierasse e che la qualità fosse garantita dal ciclo produttivo interamente *made in Italy*;

tantissime aziende, molte delle quali site nel Nordest del Paese, si trovano oggi in difficoltà per la decisione degli enti pubblici, ed anche di qualche società a partecipazione statale, di indire gare al massimo ribasso per l'acquisto delle mascherine;

le aziende asiatiche, in particolare cinesi, grazie a questo tipo di gare, stanno tornando dominanti sul mercato e molte imprese italiane si troveranno nel giro di qualche mese a dover sospendere la produzione, mandando a monte milioni di investimenti pubblici e privati;

oltre al danno economico, è noto che, come reso pubblico anche dagli organi di stampa, molte mascherine importate dall'estero non rispettano gli *standard* di sicurezza per cui sono certificate,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo condivide le preoccupazioni esposte e quali concrete iniziative intenda attivare perché enti pubblici e aziende partecipate dello Stato indicano gare per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale che non penalizzino le aziende italiane.

(4-05263)

SIRI, MONTANI, LUNESU, FERRERO, PIANASSO, SAPONARA, ALESSANDRINI, CANDURA, DORIA, ZULIANI, BAGNAI - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

da quanto si apprende dagli organi di stampa, nonché dalle dichiarazioni di personale medico altamente specializzato e di scienziati di chiara fama, risulterebbe che i vaccini attualmente in corso di somministrazione non impediscano al soggetto vaccinato di contrarre il virus SARS-Cov-2 e, di conseguenza, di essere veicolo di contagio nei confronti di quei soggetti con i quali entra in contatto;

se queste indiscrezioni riportate dai *media* rispondessero al vero, allora i vaccini proteggerebbero dai sintomi ma non dal contagio;

la finalità della massiva azione vaccinale in corso ha come obiettivo quello di raggiungere l'"immunità di gregge";

rimane ancora da chiarire lo *status* dei cosiddetti immuni "da guarigione" che hanno superato gli oltre 3 milioni di individui,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno adottare misure volte a fare chiarezza sulla capacità "sterilizzante" dei vaccini in corso di somministrazione;

quali atti intenda assumere al fine di chiarire che i soggetti "immuni da guarigione" possano rientrare nel conteggio della soglia per l'immunità di gregge;

se non sia il caso di sottoporre i soggetti guariti ad un *test* sierologico per la ricerca quantitativa nel sangue di anticorpi neutralizzanti del virus prima di un'eventuale somministrazione del vaccino.

(4-05264)

URRARO, MONTANI, VALLARDI, FREGOLENT, PIANASSO, SAPONARA, PEPE, ALESSANDRINI, DORIA, LUCIDI - *Al Ministro della giustizia*. - Premesso che:

nei giorni scorsi è stato inoltrato alla Presidenza del Consiglio dei ministri un appello sottoscritto dai capigruppo del Consiglio regionale della Campania, da più di 100 sindaci di tutte le province della Campania, dai presidenti dell'ANCI e dell'Associazione dei Comuni delle isole minori per richiedere una sospensione temporanea su tutto il territorio nazionale dell'esecuzione degli ordini giudiziari di demolizione per le case di necessità abitate da persone sprovviste di alloggio alternativo, nonché prive delle necessarie risorse economiche per garantirsi una differente adeguata abitazione, fino al 31 dicembre 2021, o finché perdura lo stato di emergenza nazionale;

nonostante la Campania sia passata in "zona rossa" con ordinanza del 5 marzo 2021 firmata dal Ministro della salute e il presidente della Regione abbia prorogato le misure restrittive già vigenti fino al 5 aprile 2021, arrivano dal territorio segnalazioni di imminenti abbattimenti di prime ed uniche case di abitazione che, qualora eseguiti, esaspererebbero ulteriormente una situazione sociale già di per sé resa problematica dalle conseguenze della pandemia in corso;

nella seduta n. 174 del 13 luglio 2020 il Consiglio regionale della Campania ha approvato all'unanimità una mozione con cui veniva richiesta la sospensione temporanea delle demolizioni delle case di necessità abitate da persone sprovviste di alloggio alternativo;

nella lettera indirizzata alla Presidenza del Consiglio dei ministri dalle autorità locali e regionali è stata evidenziata la contraddizione tra il fatto che "la permanenza nelle proprie dimore è stata riconosciuta come uno dei più importanti strumenti di contrasto alla diffusione del virus" e l'esecuzione di "provvedimenti che, pur se legittimi, allo stato e in concreto appaiono oltremodo gravosi per i relativi destinatari",

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non intenda assumere iniziative, in particolare di carattere normativo, in linea con la richiesta rappresentata, al fine di sospendere temporaneamente l'esecuzione delle demolizioni di immobili abusivi per il periodo dell'emergenza legata alla pandemia o almeno fino al 31 dicembre 2021, e quali iniziative, per quanto di competenza e in raccordo con le altre amministrazioni interessate, intenda adottare in relazione alla situazione dei soggetti sprovvisti di alloggio alternativo, nonché privi delle necessarie risorse economiche per garantirsi una differente adeguata abitazione, che abbiano subito durante l'emergenza sanitaria la demolizione dell'immobile abusivo abitato.

(4-05265)

MARIN, LUNESU, DORIA, FREGOLENT - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

l'atrofia muscolare spinale prossimale tipo 1 (SMA1/SMA) è una grave forma infantile di atrofia muscolare, che colpisce un neonato ogni 10.000 e costituisce la più comune causa genetica di morte infantile;

di recente, si è finalmente aperto uno spiraglio per la terapia genetica con il farmaco Zolgensma, che agisce direttamente sulla causa genetica della malattia;

infatti, il consiglio di amministrazione di AIFA ha approvato lo scorso 9 marzo 2021 la rimborsabilità della terapia genetica Zolgensma a carico del sistema sanitario nazionale per tutti i bambini affetti da SMA1 sotto i 13,5 chili di peso;

ciononostante, si è appreso con rammarico che la commissione medica di AIFA, a fronte di una lista di attesa di 23 casi in Italia, consentirà la somministrazione del farmaco soltanto ad una bambina;

il fatto si presenta, indubbiamente, come lesivo di quelle prerogative costituzionali sancite all'art. 32 della Costituzione, che attribuiscono in capo alla Repubblica il dovere di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti e quali iniziative urgenti intenda adottare al fine di eliminare le

restrizioni nella somministrazione della terapia genetica con Zolgensma, garantendo, di fatto, l'accesso alle cure a tutti quei soggetti particolarmente sensibili ed in pericolo di vita a causa della grave patologia da cui sono affetti.

(4-05266)

AIMI - Ai Ministri dell'interno e degli affari esteri e della cooperazione internazionale. - Premesso che:

da autorevoli fonti si apprende che la Procura di Ragusa starebbe indagando su un trasbordo di 27 migranti, che sarebbe avvenuto nel settembre 2020, dal *cargo* danese "Maersk Etienne" alla nave italiana "Mare Jonio", a fronte di un presunto "accordo commerciale";

in tutto sono otto gli indagati, accusati di favoreggiamento all'immigrazione clandestina pluriaggravato. Secondo le ricostruzioni degli inquirenti, gli indagati avrebbero incassato da un armatore danese 125.000 euro proprio per trasbordare i migranti, al fine poi di farli sbarcare in Italia;

gli approfondimenti riguarderebbero anche la rete di sostegno del sistema di accoglienza: sarebbero stati individuati infatti 55 bonifici esteri, per un totale di oltre 145.000 euro, raccolti nel 2019 dall'organizzazione non governativa "Mediterranea saving humans". Vi sarebbero, inoltre, anche finanziamenti da parte di due diocesi: quella di Brescia e quella di Modena Nonantola, che avrebbero versato, ognuna, 10.000 euro a favore di "Mediterranea missione in mare";

se tali fatti fossero confermati, ci si troverebbe di fronte a una realtà drammatica e occorrerebbe prendere atto di un ben consolidato sistema per far arrivare clandestinamente in Italia migliaia di stranieri, la stragrande maggioranza dei quali non scappa da alcun conflitto;

l'immigrazione incontrollata è diventata ormai da tempo un problema cronico per il nostro Paese, insostenibile dal punto di vista economico e sociale. Il sistema di accoglienza, a parere dell'interrogante, è ormai collassato da tempo, inadeguato ad accogliere e a integrare le migliaia di migranti che ogni anno si riversano sulle coste italiane,

si chiede di sapere:

di quali informazioni i Ministri in indirizzo dispongano in merito ai fatti esposti;

se si intenda intervenire, dal punto di vista normativo, per impedire alle organizzazioni non governative di continuare ad assumere iniziative autonome, che stanno pesantemente danneggiando il nostro Paese, da tempo incapace di continuare ad accogliere migliaia e migliaia di migranti ogni anno;

quali ulteriori iniziative si intenda assumere per bloccare definitivamente gli sbarchi e per accelerare il rimpatrio di coloro che non hanno diritto di permanere sul territorio nazionale.

(4-05267)

PAVANELLI, ROMAGNOLI, DE LUCIA, MONTEVECCHI, VANIN, DONNO, PUGLIA - *Ai Ministri della transizione ecologica e della cultura.* - Premesso che, a quanto risulta agli interroganti:

in data 29 marzo 2021, a seguito di indagini svolte dalla Procura di Perugia, anche mediante intercettazioni ambientali, veniva arrestato in flagranza di reato il signor Federico Bazzurro, funzionario presso la Regione Umbria, Servizio regionale valutazioni ambientali, sviluppo e sostenibilità ambientale, mentre riceveva nel parcheggio di un supermercato in località San Marco (Perugia) una somma di denaro pari a 3.000 euro dalla signora Marianna Marinelli, amministratrice della Marinelli A. Calce e Inerti S.r.l.;

secondo le ipotesi accusatorie formulate a seguito delle indagini effettuate dalla Procura di Perugia, il signor Federico Bazzurro "riceveva denaro in relazione alla sua qualità e ai suoi poteri messi stabilmente a disposizione di Marianna Marinelli per una somma di 15 mila euro consegnata in più soluzioni dalla stessa Marinelli" in quanto "redigeva gli atti progettuali per l'approvazione del provvedimento autorizzativo unico regionale (PAUR) per la cava situata in località Monticchio (Perugia) gestita dalla Marinelli A. Calce e Inerti Srl" nonché "si occupava dell'istruttoria del provvedimento, favorendone la rapida approvazione anche in assenza dei presupposti previsti dalla legge";

il PAUR citato, a cui è collegato il trasferimento di denaro, avrebbe dovuto prevedere anche la possibilità di utilizzare esplosivi per facilitare e velocizzare le attività estrattive nella citata cava in località Monticchio;

a circa 1,5 chilometri di distanza in linea d'aria dalla cava suddetta sorge un importantissimo bene architettonico e paesaggistico chiamato villa del Colle del Cardinale, risalente all'anno 1575, nella disponibilità del patrimonio immobiliare del Comune di Perugia, sottoposto alla tutela e controllo della Soprintendenza per i beni architettonici e paesaggistici dell'Umbria, adibito a museo gestito dalla Direzione regionale musei Umbria del Ministero della cultura;

l'utilizzo di esplosivi nella cava situata a circa 1,5 chilometri dalla villa potrebbe provocare onde d'urto e sommovimenti del terreno che, a seguito delle forti vibrazioni, cagionerebbero danni al complesso architettonico di alto pregio da preservare;

l'utilizzo di esplosivi nella cava provocherebbe un forte aumento delle emissioni di polveri, relative ai vari materiali dissotterrati a seguito delle esplosioni, nell'atmosfera che andrebbero a coinvolgere, trasportate dai venti, l'immobile ed il parco, ossia l'area museale aperta al pubblico, determinando un depauperamento delle condizioni del sito architettonico e delle condizioni di fruibilità del medesimo;

l'attività estrattive previste nel PAUR provocherebbero, altresì, un intenso traffico di automezzi pesanti per il trasporto dei materiali estratti

dalla cava, con intensificazione dei livelli di inquinamento ambientale per le emissioni da combustione e polveri sottili nonché di inquinamento acustico, determinando un notevole impatto sul territorio circostante, impoverendo la qualità dell'area e l'integrità del paesaggio da tutelare;

considerato che:

le indagini della Procura di Perugia hanno portato all'arresto del funzionario della Regione Umbria nel momento in cui veniva consegnato del denaro per condotta concussiva, e successivamente nell'ordinanza del giudice per le indagini preliminari è stato disposto che: "è pacifico che Bazzurro si sia occupato personalmente della pratica della Marinelli A. Calce e Inerti Srl quale funzionario istruttore e non come privato professionista. La circostanza che egli si sia occupato personalmente anche della redazione dei progetti presentati dalla Marinelli non toglie nulla al carattere illecito della transazione economica e anzi avvalorata la conclusione a cui è giunto il pm secondo cui Bazzurro abbia messo a disposizione la propria funzione asservendola all'interesse della Marinelli sia occupandosi delle istanze e dei progetti da presentare, sia curandone successivamente l'istruttoria ed evidentemente al fine di ottenere quantomeno una più rapida definizione del procedimento";

inoltre dalle indagini emerge un quadro di illegalità diffusa nelle procedure di rilascio delle autorizzazioni della Regione Umbria per le attività estrattive nelle cave, tanto che al signor Federico Bazzurro vengono contestati almeno altri due episodi di corruzione che hanno al centro la sua "attività professionale evidentemente non ufficiale e parallela alla sua attività di funzionario pubblico"; il primo episodio che ha prodotto iscrizione nel registro degli indagati del signor Francesco Piselli, direttore tecnico della Piselli Cave S.r.l. il quale è accusato di avere dato 15.000 euro al signor Bazzurro per attività analoghe, relative alla cava situata in località San Marco (Perugia), il secondo episodio che ha portato all'avviso di garanzia ai signor Enrico Mancini e al signor Roberto Scalla, i quali sono accusati di avere versato 2.000 euro al signor Bazzurro, per favorire pratiche amministrative relative ad una cava situata nel comune di Gualdo Tadino (Perugia), gestita da Cave di Fabriano e Gualdo S.r.l.;

le ipotesi di reato e relativi provvedimenti cautelari emessi dalla Procura sono collegate a irregolarità gravi nelle procedure di rilascio delle autorizzazioni per le attività estrattive delle cave indicate, comportando di conseguenza una situazione di potenziale grave pericolo per l'integrità dei territori in cui le cave sono ubicate, sia dal punto di vista geologico sia dal punto di vista ambientale, con potenziali riflessi sui livelli di inquinamento del terreno, delle falde acquifere presenti, delle emissioni di polveri e di gas inquinanti nell'aria,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti e quali azioni di competenza intendano intraprendere, anche valutando attività ispettive ai fini della verifica delle autorizzazioni concesse per le cave indicate, considerando anche provvedimenti di sospensione in

via cautelare delle medesime, ai fini della tutela del territorio e dell'ambiente e dei beni architettonici e paesaggistici menzionati.

(4-05268)

LONARDO - *Ai Ministri dell'economia e delle finanze e della salute.* - Premesso che:

l'art. 1, comma 4-*quater*, del decreto-legge n. 125 del 2020, recante "Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19", ha disposto la proroga della validità di documenti quali la patente di guida e la carta d'identità;

solo la tessera sanitaria è stata esclusa dalla proroga dalla scadenza;

tanti cittadini, ed in particolare quelli della provincia di Salerno, hanno dovuto attendere oltre un mese dalla richiesta di rinnovo;

con la tessera sanitaria scaduta non si può prenotare il vaccino anti COVID-19;

in tante province italiane, da Avellino a Palermo, tanti cittadini non sono riusciti a prenotarsi per la vaccinazione in quanto si sono ritrovati con la tessera sanitaria scaduta;

l'Agenzia delle entrate non ha ancora provveduto ad inviare a tanti cittadini la nuova tessera sanitaria, considerate tutte le difficoltà generate dalla pandemia,

si chiede di sapere:

quali siano le ragioni per cui non è stata operata la proroga della scadenza della tessera sanitaria nelle more del perdurare dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19;

quali iniziative di competenza i Ministri in indirizzo ritengano di intraprendere affinché sia consentito ai cittadini che si trovano con la tessera sanitaria scaduta, in particolare alla popolazione più anziana, di prenotare la vaccinazione;

se, infine, non ritengano di assumere una decisione urgente al fine di evitare lungaggini e disservizi, nonché assembramenti presso gli uffici dell'Agenzia delle entrate per rinnovare la tessera sanitaria scaduta.

(4-05269)

STABILE - *Al Ministro della salute.* -

(4-05270) (Già 3-02117)

SANTANGELO, MAUTONE, NATURALE, GALLICCHIO, VANIN, PIRRO, FERRARA, TRENTACOSTE, ROMANO, PRESUTTO,

RUSSO, PAVANELLI, CAMPAGNA - *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro per le pari opportunità e la famiglia.* - Premesso che:

ai sensi dell'art. 1, comma 1, della legge 4 maggio 1983, n. 184, "Il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia". L'ordinamento, quindi, riconosce la famiglia quale formazione sociale idonea a consentire al bambino di sperimentarsi e, quindi, di sviluppare la propria personalità;

la pandemia da COVID-19 ha provocato gravi ripercussioni anche sull'istituto delle adozioni internazionali. In particolare, secondo i dati pubblicati dalla Commissione per le adozioni internazionali (CAI), a fronte di oltre 2.700 procedure pendenti nel 2020, sono state solo 526 le adozioni concluse. Un dato che si pone in netta diminuzione rispetto al 2019 in cui vi erano più di 3.200 coppie in attesa di adozione, a fronte di circa mille adozioni concluse;

i motivi del dimezzamento delle procedure concluse, oltre che nei lunghi adempimenti burocratici richiesti dalla legge n. 184 del 1983, di cui più volte il primo firmatario del presente atto si è interessato, risiedono nei rallentamenti dell'amministrazione nell'evasione delle pratiche nei primi mesi della pandemia, ma principalmente nei forti limiti previsti per gli spostamenti in ragione della pandemia, sia per il Paese di origine che per quello di destinazione;

la situazione tuttavia è destinata gradualmente a sbloccarsi a seguito delle riaperture dei confini con la possibilità di viaggiare all'estero nel rispetto dei delineati protocolli di sicurezza in uscita e in entrata dai vari Stati;

rilevato che:

nel corso del 2020 gli enti autorizzati hanno continuato a svolgere la fondamentale funzione di supporto alle coppie aspiranti divenendo un sostegno anche psicologico oltre che legale-amministrativo;

tra gli adempimenti necessari al fine di completare la pratica di adozione internazionale nei confronti di taluni Paesi esteri, come la Bielorussia, è presente la "lettera di garanzia", un documento richiesto dall'ente autorizzato e rilasciato dalla CAI attestante che i coniugi adottanti sono in possesso di tutti i requisiti prescritti dalle norme vigenti per l'adozione internazionale e che l'ente autorizzato, al quale i coniugi hanno conferito mandato, è di fatto delegato dalla CAI alla presentazione all'autorità straniera di ogni informazione riguardante gli adottanti ai sensi dell'art. 16 della convenzione de L'Aja del 29 maggio 1993;

risulta che sono oltre 200 le coppie in attesa del documento per cui è necessaria la sottoscrizione della CAI al fine di poter coronare il sogno di allargare la propria famiglia. Dall'altro lato, numerosi sono i bambini bielorussi provenienti dalle zone limitrofe al disastro nucleare di Chernobyl che attualmente vivono in orfanotrofio e sono in attesa delle loro future famiglie. Molti di loro sono già stati in Italia per brevi soggiorni estivi nell'ambi-

to dei progetti solidaristici *post* Chernobyl e quindi già conoscono le famiglie che vorrebbero adottarli,

si chiede di sapere:

se il Governo intenda intervenire sull'istituto dell'adozione internazionale per favorire la rapida conclusione dei percorsi adottivi;

se non ritenga di attivarsi al fine di velocizzare la sottoscrizione della "lettera di garanzia" al fine di consentire a numerose coppie di completare il percorso di adozione nei confronti di tanti bambini bielorusi in attesa di una famiglia.

(4-05271)

Interrogazioni, da svolgere in Commissione

A norma dell'articolo 147 del Regolamento, le seguenti interrogazioni saranno svolte presso le Commissioni permanenti:

6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

3-02416 del senatore Lannutti ed altri, sui risvolti processuali legati alla vicenda MPS;

7ª Commissione permanente (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport):

3-01938 della senatrice Corrado ed altri, sulla costruzione di un muro di cinta abusivo su un terreno demaniale e vincolato a Marigliano (Napoli);

3-01992 della senatrice Corrado ed altri, sul restauro dell'abbazia di Santa Maria di Corazzo a Carlopoli (Catanzaro);

3-02037 della senatrice Corrado ed altri, sulla musealizzazione del "grande cerchio" rinvenuto a Montano Lucino (Como);

3-02048 della senatrice Corrado ed altri, sulla restituzione di un dipinto del Caravaggio da parte del Metropolitan Museum of Art di New York;

3-02097 della senatrice Corrado ed altri, sull'acquisizione al patrimonio pubblico del complesso dell'ospizio dei lebbrosi di san Lazzaro a Como;

3-02113 della senatrice Corrado ed altri, su una coppia di altari magnogreci conservati al Getty museum;

3-02114 della senatrice Corrado ed altri, sul possibile trafugamento da Crotone di un reperto archeologico messo all'asta;

3-02142 della senatrice Corrado ed altri, sulla disparità di trattamento tra figure professionali analoghe in relazione al campo di attività;

3-02153 della senatrice Corrado ed altri, sulla probabile provenienza da Selinunte di alcune tavole di piombo conservate al Getty museum;

3-02156 della senatrice Corrado ed altri, sull'esposizione al pubblico del "carro d'oro" restituito all'Italia dalla Danimarca;

3-02203 della senatrice Corrado ed altri, sull'adozione della cosiddetta Carta di Catania da parte dell'Assemblea regionale siciliana;

3-02281 della senatrice Corrado ed altri, sulla conservazione e valorizzazione delle mura dell'antica città di Trebula in provincia di Caserta;

3-02295 della senatrice Corrado ed altri, sui danni arrecati al patrimonio culturale della città di Arienzo, in provincia di Caserta;

3-02370 della senatrice Corrado ed altri, sul recupero e restauro della chiesa di santa Maria assunta a Pescopagano (Potenza);

9ª Commissione permanente (Agricoltura e produzione agroalimentare):

3-02420 del senatore Bergesio ed altri, sulla revisione del sistema dei ristori all'agricoltura in caso di calamità naturali, quali le ultime gelate dell'inizio di aprile 2021;

12ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

3-02417 del senatore Magorno, sui dati della pandemia in Calabria;

3-02418 del senatore Cangini, sulla vaccinazione di persone non domiciliate nella regione di residenza;

13ª Commissione permanente (Territorio, ambiente, beni ambientali):

3-02411 del senatore Taricco ed altri, sull'abbattimento di tigli secolari nella città di Fossano (Cuneo).

Avviso di rettifica

Nel Resoconto stenografico della 275ª seduta pubblica del 12 novembre 2020, a pagina 68, alla prima riga del secondo capoverso, sostituire la parola: «Granato» con la parola: «Corrado».