



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 69

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

208^a seduta: giovedì 1° aprile 2021

Presidenza della presidente PARENTE

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 10 e <i>passim</i>
CALANDRINI (<i>FdI</i>)	13
D'ALFONSO (<i>PD</i>)	9
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 5, 10
TRENTACOSTE (<i>M5S</i>)	5
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	16

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto+Europa – Azione: Misto+Eu-Az.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

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

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha preannunciato il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per le procedure informative all'ordine del giorno.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-02290, presentata dal senatore Trentacoste e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. In ordine alla questione in esame, rassicuro che il Ministero della salute, tramite il sistema di allerta rapido europeo per alimenti e mangimi, *Rapid alert system for food and feed*, è stato tempestivamente informato del riscontro della sostanza in oggetto, che è il clorpirifos metile (0,5 milligrammi per chilo), in arance di origine spagnola, a seguito di un campionamento effettuato in data 11 dicembre 2020 dalle autorità tedesche.

Dalle informazioni riportate nella notifica di allerta emerge che la distribuzione del prodotto agrumicolo, risultato non conforme, è avvenuta soltanto in Germania, senza quindi alcun coinvolgimento del nostro Paese. Del resto, l'efficienza del sistema di allerta è confermata dal fatto che, dal 1° gennaio 2021 fino al 3 marzo scorso, tramite tale sistema di allerta europeo, sono state attivate, da vari Paesi comunitari, 14 notifiche riguardanti la presenza di pesticidi nelle arance, in 11 casi provenienti dalla Turchia, in due dall'Egitto ed in uno dalla Spagna.

Per quanto riguarda le allerte nazionali, relative a misure di campionamento effettuate su prodotti italiani che non sono stati distribuiti all'estero, nel medesimo periodo si sono registrate cinque notifiche per la presenza di pesticidi, di cui una ha riguardato la medesima sostanza, con attivazione dell'allerta da parte della Regione Puglia verso prodotti provenienti dalla Sicilia. Segnalo che il clorpirifos è una sostanza che, in base al regolamento UE 2020/18, è stata non rinnovata ed il suo utilizzo non è più consentito a partire dal 16 aprile 2020. Il Ministero della salute ogni anno programma accurati controlli su tutti i residui di prodotti fito-

sanitari tenendo in considerazione i risultati dei controlli degli anni precedenti, in quanto tali controlli vengono eseguiti sulla base della valutazione del rischio e, tra i vari rischi presi in considerazione, ci sono le non conformità emerse negli anni precedenti. Pertanto, poiché le due sostanze clorpirifos e clorpirifos metile rientrano tra gli analiti non conformi negli anni precedenti, sono comprese nella attuale programmazione dei controlli. Inoltre, le medesime sostanze sono riportate nell'elenco degli analiti obbligatori, i cui controlli devono essere eseguiti in base al Piano europeo per l'anno 2021, disciplinato dal regolamento dell'Unione europea n. 585 del 2020, relativo ad un programma coordinato di controllo pluriennale dell'Unione per il 2021, 2022 e 2023. Oltre ad essere programmati a livello europeo e nazionale, i controlli in questione vengono organizzati e pianificati anche a livello regionale, a cura degli assessorati alla sanità ed eseguiti dalle autorità sanitarie locali. Il rapporto sui residui di pesticidi in alimenti del 2018 (peraltro pubblicato nel portale del Ministero della salute al percorso «temi e professioni-alimenti prodotti fitosanitari-controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti-risultati in Italia per l'anno 2018»), riporta che sono stati eseguiti 398 campioni di arance, di cui solo quattro sono risultati non conformi, e tali non conformità hanno riguardato le sostanze ometoato e dimetoato. Per il 2019, i dati dimostrano che sono stati effettuati 267 campioni e che sono state riscontrate due non conformità nelle arance, per le sostanze fenthion e dimethoato.

Desidero segnalare, inoltre, che il Ministero della salute ha pubblicato, in data 17 gennaio 2020, nel proprio portale, due comunicati relativi alla revoca dei prodotti fitosanitari contenenti le sostanze clorpirifos e clorpirifos metile. Detti comunicati sottolineavano che la vendita di prodotti fitosanitari contenenti le due sostanze attive da parte dei rivenditori e/o dei distributori autorizzati, sarebbe stata consentita fino al 29 febbraio 2020, mentre l'utilizzo, come ho detto precedentemente, dei prodotti fitosanitari oggetto di revoca era fino al 16 aprile 2020. Pertanto, dopo tale data, l'utilizzo di tali prodotti costituisce un uso illecito.

Il Ministero ha provveduto, altresì, ad informare, fin dal 28 febbraio 2020, gli assessorati regionali alla salute, i laboratori deputati al controllo ufficiale, le associazioni di categoria e i Dicasteri co-interessati, dell'imminente pubblicazione della bozza di regolamento europeo sui nuovi limiti massimi dei residui, il quale avrebbe abbassato tali sostanze e i livelli di *default* equivalenti a 0,01 milligrammi per chilo. Con la successiva nota del 2 settembre 2020, indirizzata agli stessi destinatari, il Ministero della salute ha comunicato l'avvenuta pubblicazione del regolamento dell'Unione europea 2020/1085, in materia di livelli massimi di residui di clorpirifos e clorpirifos metile, segnalando che lo stesso non prevedeva periodi e misure transitorie. Pertanto, attesa la mancanza di disposizioni transitorie, la data di applicazione del menzionato regolamento fissa anche il termine per lo smaltimento dei prodotti alimentari trattati con le sostanze in esame.

Com'è noto, i regolamenti dell'Unione europea sono direttamente applicabili nei Paesi membri, senza alcun provvedimento a livello nazionale.

Per ultimo, tornando all'attività di controllo, vi faccio presente che il Ministero della salute opera sia con i propri Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e sia mediante il Comando Carabinieri per la tutela della salute, attraverso i NAS, che esercitano azioni di controllo su tutto il territorio nazionale.

TRENTACOSTE (*M5S*). Ringrazio il sottosegretario Sileri e mi dichiaro soddisfatto della puntuale risposta che è stata fornita.

Vorrei sottolineare in questa sede, anche se probabilmente potrà risultare ridondante, quanto importanti siano questi controlli, sia a livello comunitario che a livello nazionale, a garanzia non solo dei consumatori, ma anche della produzione agroalimentare italiana, che deve puntare, anche nella nuova ottica europea, ad essere sempre di più una produzione di qualità.

Credo che l'agricoltura sia la cerniera tra la qualità dell'ambiente e la qualità e sicurezza alimentare.

Vorrei inoltre sottolineare il fatto che se la mia interrogazione oggi verteva su un problema riscontrato in Germania sulla produzione agrumicola proveniente dalla Spagna, il problema per il nostro Paese riguarda anche altre importazioni, soprattutto quelle relative al grano duro, che spesso arriva in condizioni pessime nei porti del Sud-Italia e le analisi spesso confermano nelle produzioni provenienti dal Nord-America e dal Canada in particolare, ma anche dall'Europa orientale (Kazakistan specificamente), la presenza di glifosate.

È possibile che il più delle volte sia anche sotto soglia, ma spesso e volentieri è proprio il *cocktail* chimico residuale presente nel grano duro che potrebbe creare, soprattutto nei prodotti alimentari destinati ai più piccoli, dei problemi.

Mi dichiaro quindi soddisfatto, come dicevo, ma chiedo che il Ministero ponga sempre la massima attenzione sui controlli.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02195, presentata dal senatore D'Alfonso e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Ringrazio il senatore D'Alfonso e i colleghi per questa interrogazione che sta molto a cuore al sottoscritto e quindi, al di là della risposta che darò adesso, la parte più importante è quella che conclude, sulla quale vigilerò settimanalmente affinché si arrivi a conclusione; la parte terminale della risposta, dunque, è quella che spero possa rendere soddisfatto il senatore D'Alfonso e quindi anche il sottoscritto.

Con riguardo alla questione in esame ritengo opportuno ricordare che a seguito dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale gli ex medici condotti, medici non specialisti impegnati, secondo un contratto di condotta, nell'assistenza continua di una comunità sono transitati alle dipen-

denze delle USL per svolgere l'attività già prestata in favore di Comuni o consorzi comunali, conservando, a titolo transitorio e fino ad esaurimento, una disciplina differenziata rispetto a quella del resto del personale medico in rapporto d'impiego.

Al riguardo, l'articolo 28 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, disponeva che, sulla base di una disciplina transitoria, gli ex medici condotti potevano accedere contemporaneamente al servizio di dipendenza ed a quello di convenzionamento. L'articolo 110 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, nel disciplinare la posizione di quei medici condotti nei confronti dei quali, alla data del 1° gennaio 1987, non erano stati assunti provvedimenti definitivi ai sensi del citato articolo 28 del decreto del Presidente della Repubblica n. 348, ha previsto che gli stessi «potevano, a domanda, optare per un trattamento economico onnicomprensivo pari a 8.640.000 lire annue lorde, entro e non oltre il 30 giugno 1988». Detta norma rinviava ad un successivo provvedimento per la determinazione delle funzioni e mansioni degli stessi, ivi compresi i limiti di accesso alla convenzione, per la medicina generale. In attuazione della menzionata disposizione, è stato adottato il decreto ministeriale 18 novembre 1987, n. 503, che ha disciplinato le mansioni di tale categoria in modo differenziato rispetto alla generalità dei medici del Servizio sanitario nazionale, specificandone i compiti e fissando i limiti di accesso all'attività convenzionata.

Il decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384, all'articolo 133, ha prorogato il termine per l'opzione (30 dicembre 1990) senza introdurre alcun incremento del trattamento economico onnicomprensivo. L'articolo 5 del decreto-legge 29 dicembre 1990, n. 415, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1991, n. 58, ha previsto che «I rapporti di lavoro dei medici inquadrati ai sensi dell'articolo 110 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, e del decreto del Ministro della sanità 18 novembre 1987, n. 503, in essere alla data del 30 dicembre 1990, sono confermati ad esaurimento».

Come ricordato nell'interrogazione, il Consiglio di Stato con una sentenza del 2004, nel confermare la decisione di primo grado del TAR Lazio ha ritenuto illegittimo l'articolo 133. Le argomentazioni addotte dai giudici muovono dall'assunto che i medici ex condotti sono divenuti a tutti gli effetti dipendenti delle USL, in possesso di uno *status* non diverso da quello di tutti gli altri dipendenti sanitari, fatta eccezione per le peculiarità previste per le loro prestazioni di lavoro e, pertanto, non risulta giustificata la previsione di trattamenti economici differenziati rispetto ai medici ospedalieri gestiti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 384 del 1990 medesimo. Pertanto, con la sentenza citata, il giudice amministrativo, oltre a sancire l'illegittimità della proroga, senza alcun incremento del trattamento economico stabilito in favore dei medici ex condotti, ha sottolineato sia l'identità dello *status* del medico dipendente delle unità sanitarie locali e del medico ex condotto, sia l'arbitrarietà di una differenziazione del trattamento retributivo previsto per l'uno e per l'altro. Peraltro, anche a seguito della pronuncia del giudice amministrativo, è

stato riconosciuto ai medici ex condotti un trattamento onnicomprensivo, senza altre indennità. Infatti, il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ha previsto la soppressione di tutti i rapporti a tempo definito, tra cui quelli dei medici condotti, demandando alla contrattazione collettiva le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi. In sede contrattuale l'articolo 44 del contratto collettivo nazionale del lavoro 8 giugno 2000 (Area dirigenza medico veterinaria) ha previsto che gli interessati potessero rientrare nel rapporto di lavoro ad orario unico ed esclusivo, tramite opzione da esercitare entro il 1° dicembre 2001, conservando il carattere onnicomprensivo della retribuzione.

L'articolo 13 del contratto collettivo nazionale del lavoro del 3 novembre 2005 (Area della dirigenza medico veterinaria) nella parte economica non ha più previsto i termini per l'opzione, lasciando la scelta alla libera determinazione degli interessati e mantenendoli ad esaurimento alle medesime condizioni in essere, con trattamento onnicomprensivo.

La sentenza n. 4769 del 2013 dello stesso Consiglio di Stato ha precisato che la norma citata «attribuendo agli ex medici condotti che non abbiano scelto il tempo pieno o il tempo definito, un trattamento del tutto peculiare, onnicomprensivo, esclude l'aggiunta di ulteriori emolumenti, anche se legati all'anzianità di servizio, e si giustifica, dal punto di vista sistematico con la diversità degli obblighi di servizio e le diverse potenzialità di produzione di reddito consentite dal mantenimento di rapporti convenzionali fino a 1.400 assistiti».

La Corte di cassazione, ha evidenziato che «dal quadro legislativo e contrattuale collettivo risulta evidente che gli ex medici condotti che si trovino ancora con rapporto non esclusivo con le ASL, in ragione della loro libera scelta di non esercitare la relativa opzione, permangono in una posizione giuridica differenziata dal restante personale medico del Servizio sanitario nazionale, mantenendo in particolare il trattamento retributivo onnicomprensivo originariamente previsto dal decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 1987, e successivamente aggiornato, con esclusione degli ulteriori emolumenti previsti dalla contrattazione collettiva per i dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale».

Invero, sulla tematica sono state emanate pronunce giurisprudenziali non sempre univoche che, in alcuni casi, hanno riconosciuto la parità di trattamento giuridico ed economico dei medici ex condotti rispetto al restante personale medico del Servizio sanitario nazionale, mentre in altri casi hanno ritenuto non comparabili le differenti situazioni giuridiche. Ciò premesso, presso il Ministero della salute, al fine di approfondire i diversi aspetti della questione, sono stati organizzati incontri con le rappresentanze sindacali di categoria, all'esito dei quali è stata condivisa la necessità di investire il Coordinamento tecnico della Commissione salute, al fine di acquisire, presso tutte le Regioni, elementi in ordine alla posizione giuridica ed economica dei medici ex condotti ai quali si riferisce la sentenza del Consiglio di Stato, n. 2357 del 2004. A ciò si è provveduto con una nota ministeriale del 2016, ma la documentazione contenente i riscontri formulati dai singoli competenti assessorati regionali e delle Province

autonome è risultata di non agevole lettura. Tra l'altro, i dati forniti dalle Regioni sono apparsi eterogenei e formulati con un livello di dettaglio molto differente. È emerso con chiarezza che, da un lato, le Regioni hanno avuto difficoltà a ricostruire integralmente l'attuale situazione dei medici ex condotti in ordine alle indennità già percepite, anche perché molti di questi medici hanno già cessato la propria attività lavorativa; dall'altro, che in ogni caso alcuni di questi medici hanno già visto riconosciute, con accordi transattivi, parte delle indennità che oggi vengono richieste. A fronte, quindi, delle risultanze di una situazione risultata eterogenea nel territorio, il Ministero, con nota del 16 giugno 2017, ha sottoposto all'attenzione delle Regioni l'esigenza di assicurare comportamenti uniformi al fine di evitare il moltiplicarsi del contenzioso. Successivamente, l'articolo 1, comma 456, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, ha stabilito che: «In ottemperanza alle sentenze del Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) del Lazio, sezione 1-*bis*, n. 640 del 1994 e del Consiglio di Stato, sezione IV giurisdizionale, n. 2537 del 2004, e per il completamento degli interventi perequativi indicati dal Ministro della salute con atto DGPROF/P/3/L.8.d.n.1 del 16 giugno 2017, con decreto del Ministro della salute sono individuati i criteri di riparto delle risorse tra i soggetti beneficiari, nel limite della spesa autorizzata di 500.000 euro per l'anno 2018 e di un milione di euro per ciascuno degli anni 2019 e 2020, nonché il relativo monitoraggio». In attuazione delle citate disposizioni, è stato predisposto lo schema di decreto trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni per il prescritto parere, sul quale però le Regioni si sono espresse in modo nettamente contrario, sollevando dubbi sulla portata stessa della norma primaria, appena menzionata. Nello specifico, le Regioni hanno sottolineato che sulla materia, dopo la sentenza del Consiglio di Stato n. 2537 del 2004, sono intervenute successive sentenze (anche dello stesso Consiglio di Stato) che hanno contraddetto i principi espressi nella sentenza del 2004, e che la materia stessa è stata di nuovo disciplinata dal contratto collettivo nazionale del lavoro di settore, che hanno attribuito ai medici ex condotti – che non hanno optato per la dipendenza – un trattamento economico onnicomprensivo che, pertanto, non necessiterebbe di ulteriori integrazioni.

Peraltro, è opportuno ricordare che il Ministero dell'economia e delle finanze, condividendo le preoccupazioni delle Regioni, ha espresso parere contrario sul citato schema di decreto, evidenziando la necessità di riconsiderare il provvedimento stesso. In particolare, il MEF ha rappresentato che lo schema di decreto proposto – riconoscendo in capo ai medici ex condotti il diritto a tutte le voci retributive, diverse dalla retribuzione individuale di anzianità, spettanti alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale, quali indennità di specificità medica, indennità integrativa speciale e retribuzione di posizione, per le quali ancora non si è definito un unico orientamento giurisprudenziale – eccedeva la portata della norma primaria, in quanto quest'ultima si limitava a riconoscere «opportuni interventi perequativi e non diritti soggettivi suscettibili di determinare effettivi

oneri per la finanza regionale». Pertanto, a fronte dei suddetti pareri contrari, l'*iter* dello schema di decreto non ha avuto seguito.

Per quanto riguarda la questione posta nell'interrogazione, stante la prossimità del termine triennale previsto per l'esecuzione della norma, relativa alla necessità di conoscere quali provvedimenti urgenti si intendano adottare al fine della dovuta liquidazione delle somme, occorre precisare che la prosecuzione nell'*iter* di emanazione del decreto richiede un preventivo confronto con il MEF, al fine di giungere alla redazione di un testo condiviso. L'esigenza di un confronto scaturisce dal fatto che se, come sostenuto dal MEF stesso, la norma primaria non consente di riconoscere il diritto a tutte le voci retributive spettanti alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale, ma soltanto alla retribuzione individuale di anzianità, tuttavia occorre considerare che dalla documentazione pervenuta a questo Ministero è emerso che nel territorio nazionale, in modo assolutamente eterogeneo, è stato riconosciuto ad oggi, in tutto o in parte, ai medici ex condotti il diritto alle diverse voci retributive spettanti alla dirigenza medica, con la conseguenza che un decreto, limitato al riconoscimento della sola retribuzione individuale di anzianità, rischia di determinare l'insorgenza di possibili ulteriori contenziosi.

Concludo comunicando che, trattandosi di un tema estremamente delicato e – in queste pagine che vi ho letto – di una complessità non indifferente e soprattutto che risale ormai ad alcuni decenni fa, sarà necessario – ed è intenzione del Ministero – avviare un tavolo di confronto con la partecipazione non solo dei rappresentanti del MEF ma anche dei rappresentanti delle Regioni, al fine di adottare tempestivamente il decreto previsto dalla norma. Credo che questa sia la parte più importante della nostra interrogazione. Da parte mia ci sarà la massima vigilanza su questo e stimolo a creare questo tavolo quanto prima e a dare delle risposte. Magari a sei mesi da oggi, potrebbe essere utile un'altra interrogazione per vedere a che punto sono i lavori, magari proprio in prossimità della legge di bilancio.

D'ALFONSO (PD). Ringrazio, nella stessa persona, il rappresentante del Governo, il collega in quanto parlamentare prestatore al Governo Sileri e delegato con pieno titolo al Ministero della salute.

Raccogliendo anche lo stimolo del collega parlamentare, che mi richiamava ad essere essenziale ma non rinunciatario, mi viene in mente la tradizione legislativa di Philadelphia, quando venne pensata la nuova realtà degli Stati Uniti. Il suggerimento era di rinunciare alla propria penna, quando si scrivevano le norme, per fare in modo che il parlamentare davvero interpretasse il pensiero virtuoso comune migliore. Non il Governo che racconti la difesa del Governo, dunque, come lei non ha fatto, perché lei è entrato nel merito di un buco normativo che dev'essere riempito, perché ci sono dei prestatori d'opera che vivono la sofferenza di una diversità di trattamento e non è che questo accade perché c'è un impedimento da parte degli dei, ma perché c'è la pigrizia a costruire con esattezza il numero, perché si ritiene che la difesa dell'interesse dell'ordi-

namento sia non entrare nel merito, non svelare il numero, immaginando che i problemi si possano risolvere chissà con quale livello superiore di condono. Non ci sarà un condono, perché la manna dal cielo non arriva, dev'essere il diritto positivo.

Apprezzo le parole, il taglio della dicitura del rappresentante del Governo, perché riconosce la verità del problema, il buco che porta con sé il problema e ricordiamo – lo dico al Presidente della Commissione, che viene anche da un'esperienza comunitaria di rappresentanza sindacale, in un tempo che non è finito per quanto riguarda la rappresentanza e gli interessi – che il principio ispiratore della vita dell'ordinamento è la parità di trattamento e ancora di più della dicitura che a volte leggiamo nelle aule di tribunale, la legge è uguale per tutti. Di più, dentro quella frase c'è scritto: parità di trattamento. Siccome la parità di trattamento è il movente di tutto ciò che fa l'ordinamento, noi dobbiamo trovare su questo una soluzione. Certamente non domani mattina, lo direbbero quelli che coltivano fiaccole, sandali e feste, è il massimalismo di quelli di «domani mattina», ma con atteggiamento contrattuale, riformare, gradualista, appena è possibile mettendoci impegno.

La dicitura, per farvi sorridere, è: «fiaccole, sandali e Coca Cola». Sono coloro i quali organizzano il massimalismo della testa. Noi dobbiamo essere gradualisti, concreti, operativi, nel merito, facendo in modo che si incroci la capacità dell'ordinamento con il problema emergenziale.

Concludo, rivolgendomi all'onorevole Sileri, cui va tutta la mia considerazione e anche simpatia, perché lo vedo battagliare molte volte anche in solitudine, anche quando l'ipocrisia è prevalente: faccia anche lei in modo che non finisca nel dimenticatoio. Quand'ero studente delle scuole elementari, a Lettomanoppello, alle falde della Majella, un paese abbondante di nevieri (venditori di neve), che serviva alla città di Pescara, dissi alla maestra: ma gli ombrelli che si perdono dove vanno a finire? La maestra Luciana Piccirilli, moglie di un medico condotto, mi disse: vanno nel paese degli ombrelli. Io ero convinto che esistesse un paese dove si assommavano tutti gli ombrelli persi.

Nel 1968, Pieraccini per fare la riforma urbanistica chiese il parere del Consiglio di Stato. Dal 13 dicembre del 1968 non è più arrivato quel parere. Non vorrei che il parere chiesto da Pieraccini sia finito nel paese degli ombrelli di cui mi diceva Luciana Piccirilli, moglie del medico condotto di Lettomanoppello. Mi aiuti a fare in modo che l'oggetto di questa interrogazione non finisca nel paese degli ombrelli.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02237, presentata dai senatori Calandrini e Zaffini.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Ringrazio il senatore che ha posto la questione, perché mi consente, anche in questa sede, di nuovo, di fare chiarezza sulla campagna vaccinale in atto.

Farò un *excursus* di tutto ciò che il Ministero della salute ha fatto da alcuni mesi a questa parte. Le linee guida del Piano strategico dell'Italia per la vaccinazione contro il SARS-CoV-2 sono state presentate al Parlamento il 2 dicembre 2020, ottenendone l'approvazione. Il 16 dicembre 2020 è stata fornita un'informativa sul documento «Vaccinazione anti-Sars-CoV-2 – Piano strategico – Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale», alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e di Bolzano. Con decreto ministeriale del 2 gennaio 2021, è stato adottato il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS. Il Piano strategico dell'Italia per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/ COVID-19 illustra sia con contenuti testuali, sia con grafici la progressiva disponibilità di dosi di vaccino. Nella fase iniziale di disponibilità limitata di vaccini contro Covid-19, le priorità sono state definite tenendo conto delle raccomandazioni internazionali ed europee e dei valori e principi di equità, reciprocità, legittimità, protezione, promozione della salute e del benessere. Le indicazioni iniziali sono state riferite ad una situazione epidemiologica caratterizzata da trasmissione sostenuta in comunità. La strategia di sanità pubblica per detta fase si è focalizzata sulla riduzione diretta della morbilità e della mortalità, nonché sul mantenimento dei servizi essenziali. Al fine di sfruttare l'effetto protettivo diretto dei vaccini, sono state identificate le seguenti categorie da vaccinare in via prioritaria: operatori sanitari e sociosanitari, ovvero coloro che sono in prima linea sia del sistema pubblico, sia del privato accreditato e quindi coloro che erano – sottolineo erano perché oggi la stragrande maggioranza sono vaccinati e le infezioni non si riscontrano più in coloro che hanno finito il ciclo vaccinale – più esposti ad infezione da SARS-CoV-2, ma soprattutto, una volta infettati, erano coloro che erano in grado di trasmetterla ai pazienti suscettibili e vulnerabili in contesti sanitari e sociali. Inoltre, è riconosciuto che la vaccinazione degli operatori sanitari e sociosanitari in prima linea aiuta a mantenere la resilienza del Servizio sanitario nazionale e quindi questa è stata la priorità definita per questa categoria.

Quanto ai residenti e al personale dei presidi residenziali per anziani, sappiamo, dalla prima e dalla seconda ondata, quanto è stata elevata la percentuale di residenze per anziani che sono state duramente colpite con infezioni e decessi. Questo perché i residenti di tali strutture sono quelli a più alto rischio di malattia grave a causa dell'età avanzata sicuramente, ma anche della molteplicità di malattie che accomunano i residenti di queste strutture e poi la necessità di un'assistenza stretta per la quotidianità, dall'alimentazione, alla mobilitazione e alle cure igieniche.

Quanto alle persone di età avanzata, un programma vaccinale basato sull'età è generalmente più facile da attuare e consente di ottenere una maggiore copertura vaccinale. È anche evidente che un programma basato sull'età aumenti la copertura proprio in quella fascia di persone che hanno più fattori di rischio, visto che i dati mostrano senza dubbio che la prevalenza di comorbilità aumenta con l'età e l'età è un fattore di rischio in caso di infezione da Covid. Maggiore la probabilità di sviluppare una

forma grave della malattia, maggiore probabilità di andare in terapia intensiva e maggiore la probabilità, purtroppo, di morire.

Con l'aumento delle dosi di vaccino si è iniziato a sottoporre a vaccinazione le altre categorie di popolazioni, fra le quali quelle appartenenti ai servizi essenziali. Come è noto, la *governance* del piano di vaccinazione è assicurata dal coordinamento costante tra il Ministro della salute, la struttura del Commissario straordinario e le Regioni e Province autonome. A tal fine è stato istituito presso il Ministero della salute il Comitato operativo nazionale di monitoraggio del piano di vaccinazione.

In linea generale, la strategia vaccinale si articola in diverse fasi. Per la fase iniziale della campagna vaccinale è stata prevista una gestione centralizzata della vaccinazione con l'identificazione di siti ospedalieri e peri-ospedalieri e l'impiego di unità mobili destinate alla vaccinazione delle persone impossibilitate a raggiungere i punti di vaccinazione. Con l'aumentare della disponibilità dei vaccini, a livello territoriale sono iniziate campagne di vaccinazione su larga scala (*walk-in*) per la popolazione presso centri vaccinali organizzati *ad hoc* e, in fase avanzata, accanto all'utilizzo delle unità mobili. Ovviamente, questo modello organizzativo utilizza una maggiore articolazione sul territorio. È compito del livello territoriale stabilire la localizzazione fisica dei siti, il coordinamento operativo degli addetti, nonché il controllo sull'esecuzione delle attività.

Per la realizzazione delle attività del piano è stato predisposto un sistema informativo interfacciabile con i diversi sistemi regionali e nazionali, per poter ottimizzare tutti i processi organizzativi e gestionali a partire dalle forniture, fino alla gestione delle sedute vaccinali. I dati sono facilmente consultabili sul sito del Governo.

Nel mese di febbraio 2021, a seguito dell'approvazione del vaccino dell'azienda AstraZeneca da parte dell'EMA e di AIFA, il Ministero della salute, mediante una circolare della competente Direzione, ha fornito indicazioni sull'uso *ad interim* di questo vaccino. In particolare, il vaccino veniva raccomandato alle persone fra i 18 ed i 55 anni in assenza di patologie correlate ad un aumentato rischio e quindi con priorità di somministrazione per il personale scolastico e universitario docente e non docente, per le Forze armate e di Polizia, per i *setting* a rischio quali penitenziari e luoghi di comunità e per il personale di altri servizi essenziali e, a seguire, per il resto della popolazione.

A metà febbraio, il 22 se non ricordo male, le indicazioni d'uso del vaccino AstraZeneca sono state poi aggiornate dal Ministero della salute, che ha previsto l'utilizzo di AstraZeneca per persone fino ai 65 anni. Una circolare del Ministero della salute ha poi previsto l'utilizzo del vaccino per tutti coloro sopra i 65 anni, ad esclusione dei soggetti definiti estremamente vulnerabili e questo accadeva i primi di marzo.

Successivamente, con decreto del Ministro della salute 12 marzo 2021 è stato approvato il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, costituito dal documento recante «Elementi di preparazione della strategia vaccinale», di cui al decreto 2 gennaio 2021 nonché dal documento recante «Raccomandazioni

ad interim sui gruppi *target* della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» del 10 marzo 2021. Con il menzionato atto vengono definite le seguenti ulteriori categorie prioritarie – oltre alle prime categorie già indicate nel decreto ministeriale – sulla base di criteri di rischio ed età quali le persone con elevata fragilità, che includono le persone estremamente vulnerabili per determinate condizioni patologiche e disabili gravi – ad esempio, ai sensi della legge n. 104 del 1992, articolo 3, comma 3 –, le persone di età compresa tra 70 e 79 anni, le persone di età compresa tra i 60 e i 69 anni, le persone con comorbilità di età inferiore a 60 anni senza quella connotazione di gravità riportata per la fragilità e il resto della popolazione di età inferiore a 60 anni. Vengono, inoltre, considerate prioritarie, a prescindere dall'età e dalle condizioni patologiche, le seguenti categorie: personale docente e non docente, scolastico e universitario, Forze armate, di Polizia e del soccorso pubblico, servizi penitenziari e altre comunità residenziali.

Le raccomandazioni inoltre prevedono che, tenendo conto delle priorità definite, delle indicazioni relative all'utilizzo dei vaccini disponibili e delle esigenze logistico-organizzative, possa procedere in parallelo la vaccinazione dei soggetti *over 80* e dei soggetti con elevata fragilità e ove previsto dalle specifiche indicazioni in tabella 1 e 2, dei familiari conviventi, *caregiver*, genitori, tutori, affidatari; il completamento della vaccinazione delle categorie ricomprese nella fase 1, promuovendo la vaccinazione nei soggetti che non hanno ancora aderito alla campagna e avendo cura di includere, nel personale sanitario e sociosanitario, tutti i soggetti che operano in presenza presso strutture sanitarie e sociosanitarie, utilizzando anche vaccini a vettore virale per chi non ha ancora iniziato il ciclo di vaccinazione; il completamento della vaccinazione 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; la vaccinazione dei soggetti di età dai 70 ai 79 e, a seguire, quella dei soggetti di età dai 60 ai 69 anni, quindi avendo il criterio dell'età come criterio principale.

La strategia, di tipo adattativo e flessibile, terrà conto di nuove esigenze e di nuovi fattori, e potrà essere modificata secondo le necessità.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, non posso che ribadire che ai fini di una corretta conduzione della campagna vaccinale le priorità da rispettare sono quelle che ho appena ricordato.

Da ultimo, occorre rammentare che il rispetto del riparto di competenze fra Stato e Regioni non rientra nei profili di competenza del Ministero della salute, quello di effettuare attività di controllo e di indagine in merito ai fatti esposti nell'interrogazione, né tantomeno ad avviare le conseguenti azioni a seguito dell'accertamento dei fatti stessi.

CALANDRINI (*Fdi*). Signor Presidente, signor Sottosegretario, secondo me siamo completamente fuori dal tema, perché io le ho chiesto altro e non corrisponde al vero quello che lei mi dice alla fine, dicendomi che l'inquadramento della responsabilità rispetto a quello che le ho chiesto

lo dobbiamo andare a chiedere alle Regioni di riferimento, perché così non è. Glielo richiedo in questo momento, perché gliel'ho chiesto. Quando le dico di predisporre accertamenti, evidentemente significa mandare ispettori, perché qui c'è un problema serio. Tra l'altro, se lei ha verificato, quest'interrogazione è del 19 gennaio 2021, quindi eravamo agli inizi, quando ancora non era scoppiato il tema di coloro i quali si sono vaccinati senza averne titolo. Le ho fatto degli esempi molto chiari, perché parlo prendendo spunto dalla mia città, dove ho saputo che certamente dirigenti medici, che non hanno mai visto una corsia d'ospedale, si sono vaccinati molto prima dei medici che invece erano in corsia.

Le ho fatto altri riferimenti, chiaramente leggendo dalla stampa il caso di Modena, il caso di Bologna, il caso di Ragusa e le dico che in quel momento ancora non parlavamo di riservisti, perché questo è un altro tema, che se ci sarà il tempo affronteremo per capire come si vuole poi muovere il Ministero rispetto a questo tema. Nel caso che qui stiamo trattando, a mio parere la risposta da dare era che sarebbero stati mandati gli ispettori per verificare cosa è accaduto in queste città. Secondo me i detti non sbagliano mai: colpirne uno per educarne cento. Questo è un po' il motto riferito a questa interrogazione che le ho presentato, per capire se c'è la possibilità di vaccinare coloro i quali hanno la priorità, che per noi si deve valutare solo ed esclusivamente per fasce d'età e penso che sia anche questo l'indirizzo che sta prendendo il Ministero. Spero si vada in questa direzione in generale, partendo dagli ottantenni e andando man mano a vaccinare tutti coloro i quali debbono avere la priorità. Non si deve più ragionare più per categorie, anche perché, se ci colleghiamo in questo istante al sito del «Sole 24 Ore», capiamo che il Piano vaccinale in questo momento è un fallimento, perché parliamo di tre milioni di persone che hanno avuto il vaccino. Qui il Sottosegretario mi deve scusare, ma gioca molto sui numeri, perché continua a parlare anche stamattina di dieci milioni, ma dieci milioni di cosa? Di nulla, perché parliamo di tre milioni che si sono vaccinati e hanno fatto la doppia vaccinazione e sono gli unici che abbiamo messo al coperto, che teniamo protetti e sette milioni che hanno fatto la prima dose. A questo oggi siamo. Non parliamo di quello che accade nel mondo rispetto ai piani vaccinali che oggi ci sono in giro per il mondo, con percentuali che vanno oltre il 50 per cento e quindi su questo siamo molto critici.

Mi spiace dirle che non sono assolutamente soddisfatto della sua risposta, perché secondo me lei poteva venire qui e dirci che c'era la possibilità di dare un segnale chiaro per dimostrare che non è possibile continuare con queste modalità. A mio padre ho detto che quando gli toccherà farà il vaccino. Ci sono i miei suoceri, persone di ottantacinque anni, ma ce ne sono centinaia di migliaia, che ad oggi ancora non hanno fatto il vaccino e poi troviamo gente di cinquant'anni, professori che fanno la DAD e non vanno a scuola, che sono già tutti vaccinati.

Era questo su cui volevamo ragionare, fermo restando che nella interrogazione le chiedo che se lei è a conoscenza di questi fatti e il Ministero non mi risponde. Mi poteva almeno dire che aveva approfondito e verifi-

cato e invece non mi dà risposta. Le faccio due domande e sulle due domande lei non risponde. La domanda è se il Ministero in indirizzo sia a conoscenza di quanto esposto e se corrisponde al vero che sono state somministrate dosi di vaccino a personale dirigente con mansioni d'ufficio. Questo è accaduto nella mia città, dove coordinatori infermieristici, che stanno nei palazzi chiusi, hanno avuto il vaccino prima degli infermieri che invece stanno in corsia. Questo è ciò che sta accadendo in giro per l'Italia.

Si chiedeva poi quali azioni si intendono intraprendere, qualora tali fatti dovessero essere accertati, nei confronti dei responsabili che avrebbero disatteso i principi di priorità stabiliti nel Piano strategico nazionale per la vaccinazione.

Immagino che lei mi abbia detto, da quanto ho capito dal mio collega, perché non ho competenza approfondita su questo tema, che la possibilità di intervenire da parte di questo Ministero c'era, non è stato fatto, ne prendiamo atto, non siamo soddisfatti e chiaramente ci regoleremo di conseguenza per quelle che sono le nostre competenze.

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

I lavori terminano alle ore 14,50.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

TRENTACOSTE, NATURALE, ANGRISANI, CROATTI, GAU-
DIANO, MAUTONE, PAVANELLI, PESCO, PRESUTTO, ROMANO,
VANIN. – *Ai Ministri della salute e delle politiche agricole alimentari
e forestali.* – Premesso che:

l'Italia rappresenta il secondo produttore di arance nell'Unione eu-
ropea dopo la Spagna e che delle circa 7 milioni di tonnellate di arance
prodotte all'interno della UE, su 274.000 ettari di terreno, il 56 per cento
della produzione è di marca spagnola, con ben 3,6 milioni di tonnellate,
mentre il 24 per cento della quota è italiana, con 1,6 milioni di tonnellate;

considerato che:

come appreso attraverso il sistema di allarme rapido per alimenti e
mangimi (RASFF) della Commissione europea, pubblicato il 5 febbraio
2021, le autorità doganali tedesche hanno proceduto al ritiro dal mercato
delle arance dalla Spagna, poiché contenevano un'eccessiva presenza di
residui di pesticidi;

secondo la notifica RASFF, le analisi effettuate l'11 dicembre
2020 dalle autorità tedesche hanno rilevato un'elevata presenza di residui
dell'insetticida *chlorpyrifos-methyl* nelle arance spagnole;

il *chlorpyrifos-methyl*, insetticida organofosfato con ampio grado di
controllo e alto potere di penetrazione, che agisce sugli insetti per con-
tatto, ingestione e inalazione, dal 6 dicembre 2019 è stato vietato dall'U-
nione europea, a causa della sua alta pericolosità per la salute;

le analisi effettuate dalle autorità tedesche hanno individuato nelle
arance spagnole una concentrazione di *chlorpyrifos-methyl* di 0,35 milli-
grammi per chilo;

nel 2015, un gruppo di ricercatori delle facoltà di farmacia e bio-
chimica e medicina dell'università di Buenos Aires, insieme agli scienziati
dell'università nazionale di Comahue (Argentina) aveva già suggerito la
necessità di rivederne il suo utilizzo, verificando che l'esposizione a basse
dosi di *chlorpyrifos-methyl* fosse un fattore che incrementava il rischio di
cancro al seno;

considerato inoltre che:

il mercato ortofrutticolo italiano è sempre più dominato dalla pre-
senza di prodotti provenienti dall'estero, che vengono venduti ad un minor
prezzo;

molti di questi prodotti vengono irrorati all'origine con prodotti
vietati nel nostro Paese;

il 5 febbraio 2020, la Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e della nutrizione del Ministero della salute aveva emesso un comunicato di revoca delle autorizzazioni dei prodotti fitosanitari contenenti la sostanza attiva *chlorpyrifos-methyl*, a seguito del mancato rinnovo dell'approvazione ai sensi del regolamento (UE) 2020/17,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza di quanto riportato e se la partita di arance in questione risulti presente sui mercati italiani;

quali misure siano state adottate o si intenda adottare affinché gli alimenti contaminati dalla sostanza vengano bloccati dalle autorità doganali, scongiurando il pericolo che essi arrivino in Italia.

(3-02290)

D'ALFONSO, PITTELLA, BOLDRINI, FEDELI, GRIMANI, LAUS, ROJC, STEGER. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il Consiglio di Stato, con sentenza della Sezione IV n. 2357 del 2004, nel confermare la decisione del TAR Lazio Sez. I-bis (sentenza n. 640/94), ha ritenuto illegittimo l'articolo 133 del decreto del Presidente della Repubblica n. 384 del 1990;

con tale decisione si è preso atto che i medici ex condotti sono divenuti a tutti gli effetti dipendenti delle USL, in possesso di uno status non diverso da quello di tutti gli altri dipendenti sanitari, fatta eccezione per le peculiarità previste per le loro prestazioni di lavoro, e pertanto non risulta giustificata la previsione di trattamenti economici differenziati rispetto a quello previsto per il restante personale medico dal decreto n. 384 medesimo;

in ottemperanza a tali decisioni, il Ministero della salute, con nota del 16 giugno 2017, ha chiesto alle Regioni di voler adottare ogni provvedimento utile al fine di rimuovere le residue situazioni di disparità di trattamento economico tuttora in essere in materia di riconoscimento a tali sanitari di determinate voci retributive (retribuzione individuale di anzianità, indennità integrativa speciale, indennità di specificità medica, retribuzione di posizione minima unificata poi conglobata nei tabellari di tutto il personale medico). Disparità queste, dovute alle oscillazioni della giurisprudenza dei giudici di merito;

premessò, altresì, che:

la maggior parte delle Regioni interessate (Sardegna, Sicilia, Calabria, Puglia, Campania, Molise) in cui sono presenti circa quattro quinti degli aventi diritto sul totale nazionale, ha dato esecuzione a quanto richiesto dal Ministero della salute, adottando conformi direttive e linee guida già eseguite o in corso di attuazione da parte delle aziende sanitarie e altre (Toscana, Marche, Emilia-Romagna) hanno già preannunciato di voler provvedere al momento dell'emanazione della norma che ha finanziato tale direttiva ministeriale;

l'art. 1, comma 456, della legge n. 205 del 2017 ha previsto, al fine della copertura della maggior spesa derivante da tali interventi economici per il triennio 2018/2020, lo stanziamento di un fondo triennale dell'importo di euro 500.000 per l'anno 2018, 1.000.000 ciascuno per gli anni 2019 e 2020, prevedendo altresì l'adozione di un decreto ministeriale per la individuazione dei criteri di ripartizione delle somme stanziare per il triennio preso in considerazione tra gli interessati;

lo schema di decreto ministeriale, predisposto dal Ministero della salute, veniva presentato in sede di Conferenza Stato-Regioni, ma non emanato, in ragione di riserve emerse da parte delle Regioni per taluni contrasti giurisprudenziali sulla questione e la pretesa insufficienza delle risorse messe a disposizione per il triennio;

la Conferenza delle Regioni suggeriva un emendamento al disegno di legge di bilancio dello Stato per il 2019, finalizzato all'abrogazione della norma; tale proposta emendativa veniva respinta;

considerato che:

nonostante la piena conferma della vigenza della norma, che prevedeva un preciso obbligo a carico del Ministero della salute, a tutt'oggi il decreto non è ancora stato emanato e i fondi non sono stati ripartiti, in violazione del menzionato obbligo di legge;

tutte le Regioni maggiormente e realmente interessate hanno ritenuto in seguito non condivisibili le ragioni espresse dalla Regione capofila, in sede di Conferenza Stato-Regioni, in quanto, sotto il profilo giuridico, talune oscillazioni, già valutate in precedenza in sede ministeriale e dagli opportuni tavoli tecnici di confronto, della giurisprudenza, emerse di fronte al Consiglio di Stato ed alla Corte di cassazione non sono munite di efficacia erga omnes ed hanno natura meramente interpretativa del caso di specie, derivando inoltre dal permanere di inadempimenti delle parti contraenti;

altresì, alla luce dei pagamenti già effettuati ed in corso e dei prevedibili ulteriori afferenti al triennio preso in considerazione dalla norma, è emerso che le risorse stanziare, a differenza di quanto affermato apoditticamente da taluna regione che non aveva posto in essere conteggio alcuno, ma solo mutuato numeri da talune proposte emendative mai approvate, sono addirittura notevolmente in eccesso rispetto all'effettivo fabbisogno per il triennio, oggi ormai a consuntivo stimabile in meno di 2.000.000 di euro;

rilevato che:

il maggiore argomento ostativo all'applicazione della norma, quello della eccessiva onerosità, si è rivelato del tutto infondato e meramente strumentale ad una posizione priva pertanto di ogni ragione, come già rilevato in sede parlamentare in occasione delle reiezioni della proposta emendativa;

nulla può ostare all'esecuzione dell'obbligo sussistente in carico al Ministero della salute nel mettere a disposizione le risorse stanziare, a fa-

vore delle regioni che già hanno effettuato gli interventi perequativi richiesti dal Ministero stesso e delle altre regioni che stanno procedendo in tal senso, senza la necessità di dover individuare particolari criteri di ripartizione, in presenza di una spesa da sostenersi per il triennio, che sta risultando in realtà inferiore alla somma stanziata;

stante la prossimità del termine triennale previsto per l'esecuzione della norma,

si chiede di sapere quali urgenti provvedimenti il Ministro in indirizzo intenda adottare al fine della dovuta liquidazione delle somme di cui trattasi, sin qui trattenute con modalità sulle quali, da taluna parte, sono già stati evidenziati dubbi di illegittimità, anche allo scopo di evitare i ben maggiori costi che deriverebbero per l'erario in caso di contenzioso.

(3-02195)

CALANDRINI, ZAFFINI. – *Ai Ministri della salute e per gli affari regionali e le autonomie.* – Premesso che:

presso il Ministero della salute è stato istituito un gruppo di lavoro intersettoriale con l'obiettivo di fornire un piano nazionale per la vaccinazione anti SARS-CoV-2, che ha definito le strategie vaccinali, i modelli organizzativi, la logistica, le caratteristiche del sistema informativo di supporto a tutte le attività connesse con la vaccinazione, gli aspetti relativi alla comunicazione, alla vaccinovigilanza e sorveglianza, e ai modelli di impatto e di analisi economica;

l'attuazione di tale piano strategico è affidata al commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica;

la Costituzione italiana riconosce la salute come un diritto fondamentale dell'individuo e delle comunità, e conseguentemente, lo sviluppo di raccomandazioni su gruppi target a cui offrire la vaccinazione dovrebbe essere ispirato dai valori e principi di equità, reciprocità, legittimità, protezione, promozione della salute e del benessere, su cui basare la strategia di vaccinazione;

al fine di sfruttare l'effetto protettivo diretto dei vaccini, sono state identificate le seguenti categorie da vaccinare in via prioritaria nelle fasi iniziali: 1.404.037 operatori sanitari e sociosanitari, 570.287 residenti e personale dei presidi residenziali per anziani, 4.442.048 persone di età avanzata e superiore agli 80 anni, per un totale di 6.416.372 persone;

risulta inoltre che il numero di persone dai 60 ai 79 anni sia pari 13.432.005, mentre quello della popolazione con almeno una comorbilità cronica è pari a 7.403.578;

la *governance* del piano di vaccinazione è svolta mediante il coordinamento tra il Ministro della salute, la struttura del commissario straordinario e le Regioni e Province autonome;

risulterebbe da organi di stampa che nel comune di Scicli (Ragusa) e nelle province di Modena e Bologna siano stati somministrati vaccini a persone che non erano in lista, mediante un sistema fondato su legami di

parentela, amicizia o conoscenza, e che alcune dosi sarebbero tra l'altro state somministrate anche a minori;

vi sono poi stati i casi eclatanti, complici i social network, del centro unico vaccinale di Baggiovara nel modenese e della ASL di Latina ove alcuni dirigenti con mansioni di ufficio avrebbero avuto dosi anti SARS-CoV-2 pur non rientrando tra le categorie da vaccinare, ossia passando avanti al personale medico e infermieristico esposto ad un elevato rischio di contagio trovandosi a fronteggiare l'epidemia in prima linea;

a parere dell'interrogante è opportuno che le autorità preposte dispongano accertamenti e diano informazioni in merito alla prassi emersa sulla stampa;

è infatti di tutta evidenza che la somministrazione a soggetti diversi da quelli di cui alle categorie prioritarie disattenderebbe i principi di priorità enunciati nel piano,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza di quanto esposto e se corrisponda al vero che siano state somministrate dosi di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 a personale dirigente con mansioni da ufficio e ad altri soggetti diversi da quelli individuati quali categorie prioritarie;

quali azioni intendano intraprendere, qualora tali fatti dovessero essere accertati, nei confronti dei responsabili che avrebbero disatteso i principi di priorità stabiliti nel piano strategico nazionale per la vaccinazione.

(3-02237)