

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIX LEGISLATURA

n. 51

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 23 al 29 febbraio 2024)

INDICE

| | |
|---|----------|
| LICHERI Sabrina: sull'istituzione del registro dei chiropratici (4-01013) (risp. SCHILLACI, <i>ministro della salute</i>) | Pag. 793 |
| POTENTI: sulle nuove diagnosi di sieropositività in Italia (4-00889) (risp. SCHILLACI, <i>ministro della salute</i>) | 796 |
| ROSSO, GASPARRI: sulla pendenza di un numero rilevante di procedimenti presso la Procura della Repubblica di Roma nei confronti del conduttore della trasmissione "Report" (4-00848) (risp. NORDIO, <i>ministro della giustizia</i>) | 801 |

LICHERI Sabrina. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

la legge 24 dicembre 2007, n. 244, all'articolo 2, comma 355, prevede l'istituzione presso il Ministero della salute di un registro dei dottori in chiropratica cui possono iscriversi coloro che sono in possesso di diploma di laurea magistrale in chiropratica e che esercitano le loro mansioni come professionisti sanitari. Al fine di dare attuazione al registro e alla classificazione dei chiropratici come professionisti sanitari, l'ultimo periodo del medesimo comma demanda l'attuazione di un regolamento entro 6 mesi dall'entrata in vigore della disposizione,

la legge 11 gennaio 2018, n. 3, all'articolo 7, comma 1, dispone che nell'ambito delle professioni sanitarie siano individuate anche le professioni del chiropratico, ai sensi della procedura di cui all'articolo 5, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43. Il successivo comma 2 prevede che, previo accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, siano stabiliti l'ambito di attività e le funzioni caratterizzanti del chiropratico, nonché i criteri di valutazione dell'esperienza professionale e i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti mediante decreto del Ministro dell'istruzione e del merito, di concerto con il Ministro della salute da adottare entro il 31 dicembre 2022, termine poi prorogato al 30 giugno 2023 dal decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, così come modificato dalla legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14;

considerato che:

la mancata adozione del regolamento di cui alla legge n. 244 del 2007, articolo 2, comma 355, e del decreto di cui alla legge n. 3 del 2018, articolo 7, ha determinato una situazione paradossale per cui, secondo l'Agenzia delle entrate, a questa particolare categoria, non essendo ricompresa in quella delle professioni sanitarie, non si applichi l'esenzione IVA ma lo sconto dell'IVA nella misura ordinaria del 20 per cento;

tuttavia, la commissione tributaria di Ancona ha statuito, con sentenza pronunciata l'11 ottobre 2019, che: "Considerato altresì che al giudice tributario è anche imposto di tenere presente non solo l'ordinamento italiano ma anche quello comunitario, in quanto la normativa italiana deve essere interpretata in senso conforme al diritto comunitario, se ne deve concludere

che sussistono tutti i requisiti richiesti dall'ordinamento comunitario per godere dell'esenzione IVA, per cui negare l'esenzione Iva al dottore esercente l'attività di chiropratico si tradurrebbe in una violazione del principio di neutralità dell'imposta non applicata alla stessa attività, in quanto ritenuta 'oggettivamente sanitaria' in diversi Stati Europei";

successivamente, anche la Corte di cassazione, nella sentenza n. 21108 del 2 ottobre 2020, se, da un lato, ha aperto all'esenzione dell'attività di chiropratico alla luce della giurisprudenza comunitaria, dall'altro, ha ammonito sulla normativa interna frammentata;

considerato inoltre che:

sul punto la Cassazione, con diversi precedenti, aveva sottolineato l'importanza del regolamento di attuazione quale atto indispensabile per l'individuazione del profilo professionale del dottore in chiropratica e del relativo percorso didattico (sentenza n. 8145/2019);

l'istituzione del registro è fondamentale, oltre che per uniformare l'ordinamento fiscale nazionale alla giurisprudenza comunitaria, anche per garantire adeguati criteri di professionalità e di qualità nell'assistenza medica fornita,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo intenda adottare con urgenza il regolamento previsto dall'articolo 2, comma 355, della legge n. 244 del 2007.

(4-01013)

(9 febbraio 2024)

RISPOSTA. - La norma citata ha previsto l'istituzione presso il Ministero di un registro dei dottori in chiropratica per i soggetti in possesso del diploma di laurea magistrale in chiropratica o titolo equivalente. L'articolo 2, comma 355, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per il 2008), rinviando all'adozione di un regolamento di attuazione del Ministro della salute, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, da adottare entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge n. 244, disponeva che "Il laureato in chiropratica ha il titolo di dottore in chiropratica ed esercita le sue mansioni liberamente come professionista sanitario di grado primario nel campo del diritto alla salute, ai sensi della normativa vigente. Il chiropratico può essere inserito o convenzionato nelle o con le strutture del Servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme previsti dall'ordinamento". Tale previsione normativa non è mai stata attuata, in quanto presentava evidenti criticità. Infatti, non essendo stato adottato

l'ordinamento didattico della laurea magistrale in chiropratica, la norma è rimasta sostanzialmente inapplicata, in quanto non si poteva stabilire quale laurea conseguita all'estero potesse considerarsi equipollente, in assenza di un parametro di riferimento nazionale, costituito, appunto, dall'ordinamento didattico della laurea magistrale in chiropratica.

Inoltre, allo stato attuale, la previsione è stata implicitamente abrogata per effetto dell'entrata in vigore dell'articolo 7 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute". Con questo articolo, infatti, la professione del chiropratico è stata espressamente individuata nell'ambito delle professioni sanitarie, con la previsione, per la sua istituzione, dell'applicazione della procedura di cui all'articolo 5, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali".

Il comma 2 del medesimo articolo 7 prevede che, con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, vengano stabiliti l'ambito di attività e le funzioni caratterizzanti la professione del chiropratico, i criteri di valutazione dell'esperienza professionale, nonché i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti. Viene inoltre stabilito che, con successivo decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, acquisito il parere del consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, sono definiti l'ordinamento didattico della formazione universitaria in chiropratica, nonché gli eventuali percorsi formativi integrativi.

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dal citato articolo 7, presso questo Ministero è stato istituito, subito dopo l'entrata in vigore della legge n. 3 del 2018, un tavolo di lavoro con le associazioni di categoria, l'associazione italiana chiropratici (AIC) e la federazione europea laureati chiropratici osteopati naturopati (FELCON), per definire la bozza del profilo del chiropratico. A tale scopo sono stati effettuati anche vari incontri con la federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), la federazione nazionale degli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM-PSTRP), la società italiana di medicina fisica e riabilitativa (SIMFER) e l'associazione italiana fisioterapisti (AIFI), per acquisire i pareri di competenza sulla bozza di profilo del chiropratico, nell'ottica di evitare sovrapposizioni con le competenze ascrivibili a professioni sanitarie già regolamentate, così come previsto dall'articolo 6, comma 4, della legge n. 3.

Successivamente all'acquisizione del prescritto parere del Consiglio superiore di sanità, che è stato espresso nella seduta del 9 marzo 2021, è

stato predisposto lo schema di accordo in Conferenza Stato-Regioni per l'istituzione della professione di chiropratico, ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 della legge n. 43 del 2006: allo stato attuale sono in corso i contatti con le associazioni di categoria per il completamento della procedura che consenta l'inoltro dello schema alla Conferenza Stato-Regioni. Pertanto, l'istituzione della figura del chiropratico, quale professione sanitaria, con l'individuazione delle relative competenze, potrà considerarsi realizzata solo all'esito della definizione dell'accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, e dello specifico percorso formativo universitario, a cui dovrà far seguito l'istituzione dell'albo professionale.

Del pari, tutte le questioni connesse al regime fiscale applicabile alla nuova figura sanitaria del chiropratico potranno essere definite solo a seguito della regolamentazione della figura stessa.

Il Ministro della salute

SCHILLACI

(26 febbraio 2024)

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

secondo quanto Giulio Corsi riporta in un articolo su "Il Tirreno", nel biennio 2021-2022 all'ospedale di Livorno sarebbero stati individuati 37 nuovi casi di persone sieropositive, segnando un *trend* decrescente rispetto al biennio precedente nel quale erano stati registrati 46 casi;

in generale i dati degli ultimi anni fanno registrare una media italiana inferiore a quanto si evidenzia nel resto dell'Unione europea;

allo stesso tempo i dati fanno emergere un più basso ricorso al *test* HIV in Italia al punto tale che nel 2017 la Conferenza Stato-Regioni si è accordata su "piano nazionale di interventi contro Hiv e Aids" che indica tra le priorità nella prevenzione quella di "favorire l'utilizzo delle nuove tecnologie (prenotazioni via web, App) al fine di collegare con facilità l'utente ai servizi esistenti e promuovere strumenti divulgativi di autovalutazione del rischio";

nell'articolo citato, il primario di malattie infettive all'ospedale di Livorno Spartaco Sani ha evidenziato come "il 58% delle diagnosi in Italia sono tutte tardive" ed ha lanciato l'allarme sull'enorme numero di casi "sommersi" nell'area livornese, ossia di persone che non sanno di essere sieropositive,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno e utile porre in essere delle iniziative per il contrasto e la prevenzione del problema dei casi “sommersi” ossia delle persone che vivono senza sapere di aver contratto l’HIV o l’AIDS, affinché attraverso opportuni esami possano diagnosticare precocemente la malattia e, dunque, prevenirne le conseguenze.

(4-00889)

(12 dicembre 2023)

RISPOSTA. - Il nostro Paese, sin dalla comparsa dei virus dell'immunodeficienza umana (HIV), oltre 40 anni fa, ha promosso numerose iniziative per la prevenzione, l'informazione, la ricerca, l'assistenza e la cura, la sorveglianza epidemiologica e il sostegno delle attività del volontariato connesse a tale patologia. Nel 1987 è stata istituita la commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA), per coordinare tutte le misure necessarie alla prevenzione e al controllo del diffondersi della malattia. Successivamente è stata istituita anche la consulta delle associazioni per la lotta contro l'AIDS (CAA). Le funzioni della CNA e della CAA sono state trasferite, nel 2015, nell'ambito del comitato tecnico sanitario (CTS), organo consultivo del Ministero, rispettivamente alla sezione per la lotta contro l'AIDS e alla sezione del volontariato per la lotta contro l'AIDS.

In linea con quanto disposto dalla legge n. 135 del 1990, recante "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS", questo Ministero ha gestito e coordinato, in collaborazione con la commissione e la consulta prima, e poi con le sezioni del CTS, i programmi e gli interventi di prevenzione e di lotta all'HIV/AIDS.

L'Italia è stata tra i primi Paesi ad aver risposto concretamente alle richieste giunte dall'Unione europea sulle politiche per la diagnosi precoce dell'HIV, con il “Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia”, approvato dalla commissione e dalla consulta e successivamente sancito con intesa in Conferenza permanente Stato-Regioni, il 27 luglio 2011. Nell'aprile 2012, è stata realizzata una conferenza tecnica di consenso sull'offerta del *test* per la diagnosi dell'infezione da HIV, e con l'occasione è stato aggiornato il documento adottato con l'accordo del 2011.

Il "terzo settore" ha svolto un ruolo di primo piano nel patrocinio a vantaggio delle persone colpite dall'HIV, fornendo servizi e risposte fin dalle prime fasi dell'emergenza, e insieme ai clinici e agli enti istituzionali, ha collaborato alla realizzazione del piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS), che è il documento programmatico per contrastare la diffusione delle infezioni da HIV mediante le attività di prevenzione, e per as-

sicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie. Il documento recante il piano nazionale, previsto dalla legge n. 135 del 1990, è stato oggetto dell'intesa sancita il 26 ottobre 2017 in Conferenza permanente Stato-Regioni.

Il 12 novembre 2019 si è tenuta la conferenza di consenso italiana su "UequalsU (U=U)", che ha portato alla realizzazione di un documento nel quale è stata illustrata l'ampia evidenza scientifica che supporta l'efficacia della terapia antiretrovirale nella prevenzione della trasmissione dell'infezione da HIV (riassunta nella sigla U=U) da persone che hanno raggiunto la soppressione virologica. Questa evidenza non deve in alcun modo scoraggiare, nei rapporti sessuali con persone HIV-positivizzate con viremia rilevabile o con persone in stato sierologico o virologico per HIV non noto, l'uso di altri mezzi di prevenzione, quali il profilattico o la profilassi pre esposizione (PrEP).

Nell'aprile 2023 l'Agenzia italiana del farmaco ha ammesso l'indicazione alla rimborsabilità della profilassi pre esposizione, al fine di ridurre il rischio di infezione da HIV-1 sessualmente trasmessa in adulti e adolescenti ad alto rischio. Si tratta di uno strumento aggiuntivo di prevenzione per le persone HIV-negative che abbiano comportamenti sessuali a rischio elevato ed è una misura di notevole impatto sulla sanità pubblica. L'AIFA ha accolto la proposta avanzata dalla sezione per la lotta contro l'AIDS del comitato tecnico sanitario del Ministero, condividendone l'impostazione generale, i criteri di selezione dei pazienti e la strategia di presa in carico globale.

Gli interventi finalizzati a favorire una diagnosi tempestiva e l'accesso ed il mantenimento in cura delle persone con infezione da HIV nelle strutture sanitarie specializzate sono divenuti un aspetto centrale delle strategie di controllo dell'infezione. Un appropriato "continuum delle cure" (*continuum of care*, CoC) delle persone con infezione da HIV, infatti, è rilevante sia per la prognosi di ogni paziente sia per ridurre la trasmissione di HIV a livello di comunità.

La continuità delle cure per l'infezione da HIV può essere compromessa in varie fasi ed influenzata da diversi fattori, che ricomprendono la diagnosi tardiva, l'insufficiente contatto con l'ambiente di cura (*linkage to care*, LtC), l'inizio tardivo della terapia antiretrovirale (ART), la cura irregolare e lo scarso mantenimento nel progetto di cura (*retention in care*, RiC). Tali obiettivi sono stati fatti propri dal programma delle Nazioni Unite su HIV/AIDS (UNAIDS), che ha lanciato gli obiettivi "90-90-90" per il 2020, e "95-95-95" per il 2030. A questi obiettivi l'Italia ha esplicitamente aderito con il PNAIDS. Nel 2023 UNAIDS ha ritenuto possibile raggiungere per il 2025 il "95-95-95" (UNAIDS 2023) per il quale, a livello globale, il 95 per cento delle persone che vivono con HIV dovrebbe ricevere una diagnosi (primo *step*), il 95 per cento delle persone che ha ricevuto una diagnosi dovrebbe essere in terapia con farmaci antiretrovirali (secondo *step*) ed il 95 per cento delle persone trattate dovrebbe raggiungere una soppressione vira-

le (terzo *step*). È necessario un monitoraggio continuo dei progressi nel raggiungimento degli obiettivi relativi al "*continuum of care*", al fine di valutare la congruità delle azioni intraprese, i vizi presenti e la necessità di azioni correttive, applicando una metodologia sperimentata.

Per quanto riguarda l'Italia, in uno studio dell'Istituto nazionale per le malattie infettive IRCCS "Lazzaro Spallanzani" è mostrato come complessivamente siano stati raggiunti gli obiettivi del "90-90-90" ancor prima del 2020, e che si è prossimi al *target* del 95 per cento; tuttavia sussistono criticità al raggiungimento di questi obiettivi (raggiungimento di quote inferiori al 90 per cento, principalmente per il terzo *step*) per alcuni sottogruppi e, in particolare, le donne, gli utilizzatori di droghe per via endovenosa, gli stranieri e le persone residenti nel Sud Italia. Tuttavia, alcune popolazioni chiave particolarmente vulnerabili (*sex worker*, *transgender*, migranti e dipendenti da droghe iniettabili), restano "invisibili" ai sistemi di sorveglianza, per cui è difficile produrre delle stime di *continuum of care* in queste popolazioni, per quanto molto spesso siano le popolazioni nelle quali è maggiore la diffusione dell'infezione.

Le organizzazioni e le reti di persone sieropositive presenti nella comunità possono svolgere un ruolo fondamentale per favorire e monitorare, in specifici contesti, il *continuum of care* delle persone con HIV anche per le popolazioni più vulnerabili. In alcuni progetti finanziati da questo Ministero è stato dimostrato che, nel nostro Paese, le associazioni possano svolgere un ruolo fondamentale nel contrastare il fenomeno della diagnosi tardiva dell'infezione, tramite progetti di offerta di *test* per HIV in contesti diversi dai servizi tradizionali, con un approccio *community based*. Inoltre, è stato rilevato che le associazioni conducono numerosi programmi volti a favorire un appropriato *continuum of care*.

Il PNAIDS evidenzia che, per "aumentare e diversificare le occasioni/modalità di accesso al test", tra le diverse possibilità prevede di "incrementare e favorire strategie parallele", secondo il modello fondato sui CBVCT ("*community based voluntary counselling and testing*"), promuovendo l'esecuzione del *test* e del *counselling* in contesti non sanitari. Le prime esperienze di offerta di *test* HIV in ottica CBVCT nel nostro Paese sono iniziate nel 2010 e successivamente si sono maggiormente diffuse, costituendo un'importante opportunità per identificare nuove positività. Nel 2015 le linee guida di UNAIDS (HIV 2015) hanno fortemente raccomandano l'utilizzo di operatori, non sanitari ("profani"), opportunamente formati, per svolgere anche l'esecuzione pratica del *test* rapido nelle sedi CBVCT, e questa raccomandazione è stata recepita con il decreto ministeriale 17 marzo 2021, "Misure urgenti per l'offerta anonima e gratuita di test rapidi HIV e per altre IST (infezioni sessualmente trasmesse) in ambito non sanitario alla popolazione durante l'emergenza COVID-19", che consente il coinvolgimento diretto, nell'esecuzione del *test* e nella comunicazione del risultato, ad operatori di associazioni anche se non appartenenti alle professioni sanitarie, se debitamente formati.

Il piano nazionale di prevenzione 2020-2025 (PNP 2020-2025), adottato con intesa in Conferenza permanente Stato-Regioni il 6 agosto 2020, al macro obiettivo 6, malattie infettive prioritarie, nel capitolo HIV e AIDS definisce come punto centrale della strategia la rimozione delle barriere di accesso al *test* HIV e ai *test* per IST. Al macro obiettivo 6.2 indica "incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui *community based voluntary counselling and test* (CBVCT), che promuovano l'esecuzione del test HIV e del counselling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari". Sono stati finanziati dal Ministero diversi studi, condotti a partire dal 2012, che hanno dimostrato l'efficacia pratica di programmi di offerta dei *test* effettuati in contesti non sanitari.

Dopo oltre 30 anni appare necessaria una revisione normativa contemplata dalla legge n. 135 del 1990, che tenga conto dei cambiamenti, epidemiologici e socio-assistenziali, che si sono verificati nell'evoluzione dell'iniezione da HIV. È attualmente in corso di esame, presso la XII Commissione "Affari sociali" della Camera dei deputati, la proposta di legge (Atto Camera n. 218) a firma dell'on. Mauro D'Attis ed altri, recante "Interventi per la prevenzione e la lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), il papilloma virus umano (HPV) e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale".

Questa proposta di legge, in linea con l'applicazione del PNAIDS, intende perseguire, in particolare, i seguenti obiettivi: a) attuare interventi di carattere pluriennale, riguardanti la prevenzione, l'informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica e il sostegno dell'attività degli enti del terzo settore, incluse le imprese sociali, secondo le modalità previste e periodicamente aggiornate dal piano nazionale di interventi contro l'HIV, l'AIDS e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale; b) incentivare strategie di prevenzione e *screening* per l'HIV e le infezioni a trasmissione sessuale su modello *community based*, realizzate anche dagli enti del terzo settore in contesti non sanitari, ivi compresa l'attività di prevenzione, esecuzione e comunicazione dell'esito dei *test* rapidi di *screening* da parte di operatori non appartenenti alle professioni sanitarie adeguatamente formati, anche in collaborazione con le strutture del servizio sanitario nazionale; c) effettuare *test* su richiesta del minorenne che abbia compiuto il quattordicesimo anno di età, senza necessità di autorizzazione dell'esercente la responsabilità genitoriale. La comunicazione al minorenne dello stato di sieropositività o della necessità di ulteriori accertamenti deve essere effettuata con la presenza di un medico infettivologo e di uno psicologo. Nell'interesse del minorenne, la struttura sanitaria gli fornisce assistenza e sostegno psicologico per la comunicazione dello stato di sieropositività ai familiari o alle altre persone adulte di riferimento; d) attuare interventi di prevenzione e promozione della salute mediante attività di *screening* per il conseguimento di diagnosi precoce, da svolgere in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, in ambito ospedaliero e territoriale, nonché mediante campagne di informazione nelle scuole, promosse da questo Ministero, di concerto con il Ministero dell'i-

struzione, a beneficio delle fasce anagrafiche più a rischio; e) creare e includere nei *curricula* scolastici corsi di informazione e prevenzione rivolti a studenti delle scuole secondarie di primo e di secondo grado relativamente alle tematiche dell'HIV, delle infezioni sessualmente trasmesse e della salute sessuale; f) favorire la realizzazione di un nuovo sistema di sorveglianza unificato HIV e AIDS, attraverso una scheda di raccolta dati informatizzata unificata nazionale, che garantisca l'aggiornamento in tempo reale; g) attuare iniziative di contrasto alle discriminazioni nei confronti delle persone affette da HIV o AIDS, anche mediante campagne di sensibilizzazione; h) incrementare la qualità dell'assistenza, nell'ambito della riorganizzazione della medicina territoriale, a vantaggio dei pazienti affetti da HIV o AIDS, attraverso un "percorso diagnostico terapeutico assistenziale" che preveda la personalizzazione delle terapie, nonché un modello di presa in carico del paziente basato sull'approccio collaborativo tra gli specialisti e il medico di medicina generale, e che tenga conto del progressivo invecchiamento della popolazione con HIV e della maggiore prevalenza di comorbidità; i) vietare ai datori di lavoro pubblici e privati lo svolgimento di indagini, di ogni forma e specie, volte ad accertare l'esistenza di uno stato di sieropositività all'HIV nei dipendenti, o nei candidati in fase preselettiva o preassuntiva per l'instaurazione di un rapporto di lavoro.

Il Ministro della salute

SCHILLACI

(26 febbraio 2024)

ROSSO, GASPARRI. - *Al Ministro della giustizia.* - Premesso che:

secondo quanto consta agli interroganti, oltre cento istanze di punizione, prevalentemente per il reato di diffamazione, sarebbero state introdotte presso la Procura della Repubblica di Roma nei confronti del giornalista Sigfrido Ranucci e di suoi collaboratori;

Ranucci sosterebbe di non temere tali iniziative perché certo di autorevoli tutele di cui sarebbe beneficiario;

la pendenza di un numero così rilevante di procedimenti appare plausibile alla luce delle dichiarazioni che, all'esito della trasmissione "Report" di cui è responsabile Ranucci, rilasciano i soggetti di cui la trasmissione in questione si interessa che asseriscono di ritenersi diffamati e di voler avviare iniziative giudiziarie conseguenziali;

se risultasse accertata la sussistenza di un così elevato numero di procedimenti giudiziari pendenti per fatti connessi agli argomenti trattati dal programma "Report" che, come è noto, viene diffuso dal servizio pubblico della RAI, sussisterebbe senza ombra di dubbio l'esigenza di comprendere le ragioni della inerzia investigativa nonostante doglianze sovente introdotte da autorevoli personaggi con ruoli significativi nella vita del Paese,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo intenda verificare la sussistenza dei fatti riportati e, in caso affermativo, se intenda disporre dei propri poteri ispettivi per accertare le ragioni che avrebbero determinato tale stato di cose da cui discenderebbe, tra l'altro, un innegabile pregiudizio di immagine per l'ordine giudiziario.

(4-00848)

(15 novembre 2023)

RISPOSTA. - Con riferimento all'atto di sindacato ispettivo, si rappresenta che dal mese di gennaio 2021 ad oggi risultano iscritti nel registro delle notizie di reato 21 procedimenti penali nei confronti del giornalista Sigfrido Ranucci, come emerge dalla nota estesa dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Roma. Per la precisione "di questi 6 sono attualmente pendenti in fase di indagini preliminari, 2 sono stati trasferiti per competenza ad altri Uffici, tutti gli altri sono stati definiti con provvedimento di archiviazione".

Ferme le risultanze fattuali, si osserva che il mero dato numerico dei procedimenti, in difetto di puntuali e concreti elementi dai quali possano evincersi effettive criticità processuali, costituisce un elemento di valutazione neutro, di per sé solo inidoneo a legittimare l'esercizio dei poteri ispettivi attribuiti a questo Dicastero. Né, d'altro canto, potrebbero ipotizzarsi potenziali profili di rilevanza disciplinare in ragione del merito delle determinazioni assunte dall'autorità giudiziaria nell'ambito di quei procedimenti, determinazioni rispetto alle quali, com'è noto, opera la clausola di salvaguardia di cui all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 109 del 2006, a mente del quale "l'attività di interpretazione di norme di diritto e quella di valutazione del fatto e delle prove non danno luogo a responsabilità disciplinare". Allo stato, dunque, non si rinvengono i presupposti giuridici per l'esercizio dei poteri ispettivi che la legge riserva al Ministro della giustizia.

Il Ministro della giustizia

NORDIO

(23 febbraio 2024)