

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

##### SEDE REFERENTE:

Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato. C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco e C. 1513 Palumbo ( <i>Esame e rinvio – Abbinamento delle proposte di legge C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà</i> ) .....	191
--	-----

##### INTERROGAZIONI:

5-02677 Vannucci e Zucchi: Sperimentazione del protocollo terapeutico per la sclerosi laterale amiotrofica predisposto dal dottor Mario Melazzini dell'ospedale di Pavia .....	201
ALLEGATO 1 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	203
5-02758 Vignali e Barani: Monitoraggio del prezzo dei dispositivi medici acquistati dalle ASL .....	201
ALLEGATO 2 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	204
5-03060 Nastri: Settimo rapporto del <i>Centre for economics and international studies</i> (Ceis) sulla sanità .....	201
ALLEGATO 3 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	205
5-02969 Viola e Lenzi: Contrasto del randagismo nella regione Sicilia .....	201
ALLEGATO 4 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	207
5-03277 Nastri e Barani: Controlli sulle carni importate e vendute in Italia, con particolare riguardo al morbo della « mucca pazza » .....	202
ALLEGATO 5 ( <i>Testo della risposta</i> ) .....	208

##### COMITATO RISTRETTO:

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago .....	202
--	-----

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI .....	202
---	-----

##### SEDE REFERENTE

Mercoledì 22 settembre 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.

**La seduta comincia alle 14.10.**

Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato.

**C. 918 Marinello, C. 1353 Livia Turco e C. 1513 Palumbo.**

(*Esame e rinvio – Abbinamento delle proposte di legge C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte e C. 3303 Lucà*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, avverte che sono state assegnate alla

Commissione, in sede referente, la proposta di legge n. 1266, d'iniziativa del Consiglio regionale del Piemonte: «Interventi a favore delle gestanti e madri per garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati», e la proposta di legge n. 3303 Lucà: «Norme riguardanti interventi in favore delle gestanti e delle madri volti a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati». Poiché le suddette proposte di legge vertono su materia analoga a quella delle proposte di legge in esame, la presidenza ne dispone l'abbinamento ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

La Commissione prende atto.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, prima di procedere all'illustrazione delle proposte di legge in esame, desidera svolgere alcune considerazioni di carattere generale sull'opportunità di un intervento legislativo in materia di salvaguardia della salute della donna e del neonato al momento del parto, ricordando come i gravi episodi verificatisi in alcune strutture ospedaliere nelle ultime settimane abbiano messo in evidenza le carenze dell'assistenza sanitaria fornita a questi soggetti, nonché le rilevanti differenze che, anche in questa materia, è dato riscontrare tra regioni settentrionali e meridionali. Sottolinea, quindi, l'importanza che la nascita di un bambino riveste nella vita di ogni famiglia e, in particolare, delle donne, ricordando come negli ultimi quaranta anni i progressi della scienza medica abbiano determinato una notevolissima riduzione del tasso di mortalità neonatale in fase di parto, passato dal 50 per mille a meno del 3 per mille. Ritiene necessario ricordare, inoltre, come al momento del parto possano determinarsi eventi imponderabili e imprevedibili, in virtù dei quali esiste un rischio di incidenti che, per quanto poco elevato, non può comunque essere eliminato del tutto. Ciò detto, è necessario intervenire, anche alla luce del lavoro

svolto nelle precedenti legislature e dei fenomeni evolutivi che interessano le gravidanze e i parti (ad esempio, innalzamento dell'età media delle partorienti, aumento dei parti prematuri), sugli aspetti organizzativi e sulla formazione ostetrica, al fine di ridurre al minimo il rischio di incidenti.

Tra gli obiettivi principali delle proposte in esame, sottolinea, in particolare, quello di ridurre, pur senza eccedere, il livello di medicalizzazione del parto e di adottare le necessarie misure di natura assistenziale e organizzativa al fine di ridurre l'incidenza dei parti mediante taglio cesareo, i quali, come noto, si attestano in Italia su percentuali di gran lunga superiori a quelle indicate dall'Organizzazione mondiale della sanità. Gli altri obiettivi perseguiti dai progetti di legge all'esame della Commissione consistono: nell'assicurare alle gestanti e alle partorienti un migliore livello di informazione sulla propria situazione clinica e sulle procedure mediche loro proposte; nel garantire alle partorienti e ai nascituri l'assistenza ginecologica, ostetrica, neonatologica e anestesiologicala; nel razionalizzare la distribuzione dei punti nascita sul territorio, anche al fine di favorire l'ottimale allocazione delle risorse e la disponibilità di strutture adeguate, a cominciare dalle strutture di rianimazione neonatale; nell'assicurare alle partorienti la possibilità di ricorrere all'analgesia durante il travaglio; nel perseguire l'informatizzazione della cartella clinica anche in questo particolare settore.

Passando all'illustrazione delle proposte in esame, ricorda che la proposta di legge n. 918 Marinello (che riproduce il contenuto della proposta n. 589 Lucchese, presentata nella scorsa legislatura e confluita nel testo unificato esaminato in sede referente dalla Commissione), composta di tredici articoli, disciplina l'assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato.

L'articolo 1 dispone che il neonato sia tutelato con: l'obbligo di notifica del rico-

vero presso i presidi ospedalieri, pubblici e privati; la compilazione della cartella clinica; le misure regionali per l'attivazione e l'attuazione del parto a domicilio o in casa.

L'articolo 2 assicura ad ogni nato alcuni *standard* assistenziali riguardanti la presenza di specifiche competenze professionali nonché l'aderenza ai requisiti previsti per la struttura ospedaliera dai progetti obiettivo materno-infantili, individuati dal Piano sanitario nazionale. L'assistenza neonatale è organizzata su tre livelli di cura, con una disponibilità, rispettivamente, di 15 e 4,5 posti letto ogni mille nati vivi nei primi due livelli e di un posto letto ogni settecentocinquanta nati vivi nel caso di cure intensive di III livello. Le regioni e le province autonome prevedono un numero adeguato di unità operative neonatologiche per bacino di utenza; tuttavia, nel caso di aree ad alta densità di popolazione, i vincoli quantitativi stabiliti per le unità di terapia intensiva neonatale possono essere derogati al fine di privilegiare il diritto alla scelta dei genitori e la competitività delle aziende sanitarie locali. Tutti gli ospedali pubblici e privati dotati di punto nascita devono disporre di posti letto per cure neonatali minime ed intermedie.

L'articolo 3 prevede che in sala parto, presso ogni punto nascita, la rianimazione primaria rappresenti il requisito essenziale dell'assistenza neonatale, quest'ultima diretta da un medico neonatologo o pediatra. Se non esiste la figura del neonatologo o del pediatra con competenze neonatologiche, le regioni e le province istituiscono corsi di formazione e di aggiornamento per il personale che ha in cura il neonato. L'isola neonatale, istituita nell'ambito della sala parto o di un locale comunicante direttamente con essa, è una zona adibita alle prime cure e all'eventuale rianimazione del neonato.

L'articolo 4 prevede per i nati apparentemente sani un'osservazione transizionale, con monitoraggio dei comuni parametri vitali.

L'articolo 5 dispone l'obbligo di predisporre per tutti i nati vivi una cartella

clinica personale. In particolare, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali (da intendersi, oggi, come il Ministro della salute) emana, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, le linee guida generali per la formulazione della cartella clinica da parte delle regioni e delle province autonome.

L'articolo 6 dispone sull'umanizzazione della nascita e sulle dimissioni precoci della madre e del figlio. In particolare, è prevista: la presenza, ove richiesta, di un familiare in sala travaglio e in sala parto; l'organizzazione a tale fine dei presidi ospedalieri pubblici e privati; la dimissione precoce della madre e del bambino, con la garanzia dell'assistenza domiciliare; l'iniziativa delle regioni e delle province autonome per la presa in carico del neonato da parte del medico pediatra di base; la formazione professionale di figure professionali per le patologie ostetriche e neonatali ad esordio tardivo.

L'articolo 7, al fine di incoraggiare l'allattamento al seno del neonato e la vicinanza del neonato alla madre, dispone sull'organizzazione dei presidi ospedalieri, favorendo altresì, ove è possibile, l'accesso in ospedale del pediatra di base.

Gli articoli 8 e 9 disciplinano rispettivamente i casi di ospedalizzazione del neonato e la riorganizzazione dei reparti ostetrici, pediatrici e neonatologici, per l'umanizzazione delle cure, l'allattamento al seno e l'ospedalizzazione del neonato.

L'articolo 10 detta specifiche disposizioni d'intervento per le gravidanze a rischio. In particolare, le regioni e le province autonome individuano appositi criteri di riconoscimento delle gravidanze a rischio, al fine della loro precoce individuazione e dell'accesso ai livelli superiori delle cure, e provvedono, per il trasferimento dei casi urgenti, ad organizzare un'adeguata rete di trasporto assistito con l'utilizzo di personale competente.

L'articolo 11 assicura la continuità nella prestazione delle cure, presso le medesime unità neonatali, ai bambini affetti, anche dopo l'età neonatale, da patologie connesse alla nascita.

L'articolo 12 individua nelle regioni e nelle province autonome gli organi competenti per gli interventi e i programmi di tutela della gestante e del neonato.

Infine, l'articolo 13 riconosce al personale impiegato nelle unità di terapia intensiva neonatale le agevolazioni previste per coloro che sono impiegati in lavori particolarmente usuranti.

Fa presente, poi, che la proposta di legge n. 1353 Livia Turco, composta da ventuno articoli, ripropone, con alcune modifiche, il contenuto del testo unificato delle proposte di legge n. 589 e abbinata, elaborato dal Comitato ristretto all'uopo istituito nel corso della XV legislatura e adottato come testo base nel corso dell'esame in Commissione.

L'articolo 1 definisce le finalità del provvedimento, tra le quali quelle di: promuovere un'adeguata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante; assicurare la tutela della salute materna, nonché il benessere del nascituro e delle famiglie; garantire livelli di assistenza adeguati in tutte le situazioni di gravidanza e parto a rischio dal punto di vista medico, psicologico e sociale, nonché un'assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio; potenziare l'attività dei consultori familiari, anche nell'attività di prevenzione, con l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, materna e infantile; diffondere ampiamente le conoscenze relative alle modalità di assistenza e alle pratiche socio-sanitarie raccomandate (incontri di accompagnamento, tecniche di controllo del dolore, anestesie locali e di tipo epidurale); favorire il parto fisiologico, la riduzione dei tagli cesarei e l'aumento dell'allattamento al seno; migliorare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica, anche attraverso l'adozione di strumenti atti a valutare i risultati delle pratiche raccomandate; ridurre le diseguaglianze territoriali e sociali nell'accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, con particolare riferi-

mento alla popolazione più svantaggiata; promuovere la continuità assistenziale, per la durata della gravidanza, durante e dopo il parto.

Ai sensi dell'articolo 2, per la realizzazione delle predette finalità è prevista una rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA) in favore della gestante, della partoriente e del neonato, da attuare secondo le procedure già previste dalla normativa vigente. A tale scopo sono precisate le priorità da perseguire (l'aggiornamento e la verifica delle prestazioni previste; il controllo e la gestione del dolore nel travaglio-parto; l'allattamento materno precoce e il *rooming-in*; la dimissione precoce, appropriata e condivisa della partoriente e del neonato; l'assistenza specialistica per la donna che presenti particolari difficoltà; la garanzia di un'adeguata rete di emergenza per il neonato e la gestante). Nella rimodulazione dei LEA deve essere assicurata anche l'invarianza degli oneri a carico della finanza pubblica.

Ai sensi dell'articolo 3, è prevista una specifica intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, che, ad integrazione del piano sanitario nazionale 2006-2008, favorisca la promozione delle attività previste dal progetto di legge. La medesima intesa definisce l'entità delle risorse per la realizzazione delle disposizioni in esame, nell'ambito dell'1,3 per cento degli stanziamenti posti nella disponibilità del Servizio sanitario nazionale e vincolati ai sensi della normativa vigente.

L'articolo 4 contempla la promozione di campagne informative nazionali, da parte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e di intesa con la Conferenza Stato-regioni, mirate a diffondere la conoscenza in merito ad una serie di aspetti connessi all'evento-parto, anche al fine di favorire scelte consapevoli da parte delle donne. Le modalità di partecipazione dei consultori familiari a tali campagne dovranno essere poi definite dalle regioni e dalle Aziende sanitarie locali.

L'articolo 5 attribuisce alle aziende ospedaliere ed alle ASL, che, allo scopo, possono avvalersi del personale addetto ai consultori integrato da altri operatori del Servizio sanitario nazionale, il coordinamento di specifici incontri di accompagnamento alla maternità ed alla nascita con finalità informative.

L'articolo 6 definisce alcuni principi in tema di assistenza alla nascita, prevedendo, al fine di garantire l'unitarietà di questa, il collegamento funzionale tra i consultori, le strutture ospedaliere e i servizi territoriali extraospedalieri attraverso il coordinamento effettuato dai dipartimenti materno-infantili. Spetta alle Aziende sanitarie locali garantire il potenziamento degli interventi di assistenza alla donna nel periodo di gravidanza, tra i quali vengono espressamente contemplati: l'utilizzazione, su scala nazionale, di una cartella ostetrica computerizzata, nella quale sono annotati i dati relativi alla gravidanza e il cui modello base dovrà essere definito da un decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, da adottare entro quattro mesi dall'entrata in vigore della legge; la realizzazione degli incontri di accompagnamento alla maternità e alla nascita; l'accertamento delle gravidanze a rischio e l'individuazione dei relativi fattori di rischio; la presenza nei reparti di ostetricia di assistenti sociali e psicologi. Viene poi rimessa alle strutture specialistiche pubbliche o private accreditate di II o di III livello l'assistenza sanitaria concernente le gravidanze a rischio e viene favorita, da parte delle strutture accreditate specialistiche, la dimissione precoce e protetta della madre e del figlio, garantendo controlli ambulatoriali e domiciliari a mezzo di specifiche equipe. Viene inoltre favorita la presa in carico precoce del neonato da parte del pediatra di libera scelta.

In tema di livelli di cura, l'articolo 7 garantisce ad ogni madre e ad ogni nato, nell'ambito delle strutture ospedaliere, l'assistenza di personale qualificato e la conformità ai requisiti strutturali ed organizzativi definiti dai progetti-obiettivo in

materia materno-infantile. Al medesimo progetto-obiettivo deve conformarsi l'assistenza ospedaliera al neonato. Vengono inoltre stabiliti alcuni requisiti strutturali minimi degli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di punti nascita, nonché dei centri di II e III livello neonatologico.

L'articolo 8 dispone in tema di requisiti organizzativi e di personale, prevedendo la presenza necessaria di alcune figure professionali presso ogni presidio sanitario pubblico o privato accreditato in presenza di un'unità operativa complessa di ostetricia. Vengono poi definite la localizzazione e le caratteristiche dell'«isola neonatale», nonché le qualifiche professionali del responsabile dell'assistenza presso l'isola medesima.

L'articolo 9 demanda ad un decreto ministeriale la definizione di un unico raggruppamento omogeneo di diagnosi e cura (DRG) per stabilire il rimborso alle strutture sanitarie per i parti vaginali e cesarei, che dovrà tener conto dei costi effettivi e differenziali per l'assistenza. Viene poi fissata al 70 per cento del DRG per il parto il tetto massimo della somma che le ASL corrispondono a chi ha partorito a domicilio. Viene poi disposto che le ASL incentivino le unità operative che si adeguano alle nuove disposizioni normative mediante iniziative di formazione e aggiornamento e finanziamento di progetti.

L'articolo 10 prevede che un decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, individui i contenuti per la formazione del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale addetto all'assistenza neonatale. La norma dispone altresì che le regioni promuovano annualmente corsi di aggiornamento in educazione continua in medicina (ECM) per il suddetto personale. In particolare, la suddetta attività di formazione deve essere orientata alla riqualificazione del personale dedicato all'assistenza al parto, all'aggiornamento specifico sulle tecniche e sulle metodologie ostetriche e sulle tecni-

che di parto-analgesia naturali e farmacologiche e alla formazione pluridisciplinare degli operatori.

L'articolo 11, in tema di parto fisiologico, consente l'accesso nei reparti ospedalieri della persona con cui la donna desidera condividere l'evento travaglio-parto-nascita e vieta, compatibilmente con le indicazioni mediche, l'imposizione di procedure e di tecniche mediche contrarie alla volontà della partoriente. La norma dispone altresì specifiche attuazioni di indicazioni dettate dall'OMS e dall'UNICEF in materia di assistenza neonatale, al fine di assicurare un parto sereno per la donna e il nascituro, favorendo in particolare la presenza del medico di fiducia e l'allattamento al seno. È altresì assicurata dai servizi socio-sanitari locali l'assistenza domiciliare al puerperio e all'allattamento.

L'articolo 12, in tema di luoghi per il parto fisiologico, stabilisce che il parto può svolgersi: in strutture sanitarie pubbliche o private; in altre strutture ristrutturare o costruite dalle regioni e dalle Aziende sanitarie locali; a domicilio. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, le strutture sanitarie pubbliche e private, individuate dalle regioni, attrezzano spazi adeguati per il parto e idonei a consentire l'effettuazione delle tecniche di parto-analgesia. I suddetti spazi sono realizzati in nuovi o ristrutturati reparti ostetrici, pediatrici, neonatologici e anestesilogici ovvero tramite una riorganizzazione funzionale degli esistenti reparti.

Fa presente, quindi, che l'articolo 13 detta specifiche norme sul parto a domicilio. In particolare, tra le disposizioni previste, rilevano: la libera scelta informata della partoriente; la sottoscrizione della dichiarazione per il consenso informato; la valutazione clinica, logistica e igienico-sanitaria effettuata dal personale sanitario (medico ginecologo e ostetrica); il trasferimento della donna, in caso di gravidanza a rischio, presso le strutture sanitarie competenti e la facoltà delle regioni di sperimentare servizi di parto a domi-

cilio in determinate zone sanitarie. Entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali provvede, con proprio decreto, all'adozione di linee-guida per l'assistenza al parto e al puerperio a domicilio.

L'articolo 14 stabilisce che il servizio di trasporto materno e neonatale effettuato presso i punti nascita avviene nei casi di rischio neonatale individuati secondo i criteri dell'OMS e, in casi di particolare gravità, sono attuati specifici interventi assistenziali d'urgenza.

L'articolo 15 dispone che la donazione e la raccolta del sangue del cordone ombelicale è promossa dallo Stato e dalle regioni ed è consentita sia per uso autologo sia per uso allogenico per scopi terapeutici, clinici o di ricerca. Vengono poi dettate specifiche disposizioni sulla conservazione del sangue per uso autologo.

In base all'articolo 16, per ogni nato vivo è compilata una cartella clinica contenente, oltre ai dati previsti dalle disposizioni vigenti in materia, i rilievi sulla gravidanza, sul parto e sull'andamento neonatale. Entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali provvede, con proprio decreto, all'adozione delle linee guida generali per la compilazione, da parte delle regioni e delle province autonome, della predetta cartella clinica.

L'articolo 17 dispone che tutti i neonati devono essere sottoposti ai controlli dei parametri vitali durante l'osservazione transizionale. In caso di temporaneo distacco del neonato dalla madre, è assicurata, per quanto possibile, la permanenza della stessa in spazi contigui e adeguati. Per tutto il periodo di ospedalizzazione del neonato, la madre o un altro familiare in sua vece usufruisce dei servizi di pernottamento e di vitto con oneri a carico dell'azienda sanitaria locale.

L'articolo 18 dispone che le regioni e le province autonome garantiscono gli inter-

venti socio-assistenziali nei confronti delle gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o meno dei loro nati e alla segretezza del parto. Alle gestanti e ai loro nati sono altresì garantiti gli interventi per la continuità assistenziale e per il loro reinserimento sociale. Tali interventi rientrano, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, tra i livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale. Le regioni e le province autonome individuano, ai sensi dell'articolo 8, comma 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328, gli enti locali titolari degli interventi di cui al presente articolo e le modalità di esercizio degli stessi.

Ai sensi dell'articolo 19, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali presenta una relazione annuale al Parlamento sull'attuazione della legge.

Con l'articolo 20 si estendono al personale impiegato nelle unità di terapia intensiva neonatale e nel pronto soccorso ostetrico le agevolazioni previste per coloro che sono impiegati in lavori particolarmente usuranti, ai sensi del decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374 (anticipazione dell'età pensionabile di due mesi per ogni anno di occupazione, fino ad un massimo di 60 mesi, e frazionabilità delle giornate del beneficio di cui sopra in giornate singole).

L'articolo 21, infine, reca la copertura degli oneri derivanti dalla legge, valutati in 800.000 euro per l'anno 2008 e in 1.000.000 di euro a decorrere dall'anno 2009 (periodo, evidentemente, da aggiornare).

La proposta di legge n. 1513 Palumbo (analoga, nei contenuti, alla proposta di legge n. 1237 Palumbo, presentata nella XV legislatura e confluita nel testo unificato esaminato in sede referente dalla Commissione), composta di diciassette articoli, intende garantire le seguenti finalità (articolo 1): la promozione di un'adeguata assistenza alla nascita nel rispetto dei diritti e della libera scelta della gestante; la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e delle famiglie coinvolte;

l'individuazione di adeguati livelli di assistenza ospedaliera; l'incentivazione del parto fisiologico e l'appropriatezza degli interventi.

Ulteriori finalità riguardano la diffusione delle conoscenze relative alle modalità di assistenza e alle pratiche sanitarie in uso, comprese le tecniche di controllo del dolore del parto; la riduzione del rischio di morbilità e mortalità materna e perinatale (anche attraverso il corretto utilizzo dei professionisti addetti all'assistenza della gravidanza e del parto fisiologico); l'adozione di tutte le misure atte a garantire al neonato un corretto rapporto relazionale e psico-affettivo con la madre (articolo 4).

Ai sensi dell'articolo 2, il Ministro della salute presenta, tenuto conto dei dati rilevati dalle regioni, una relazione annuale al Parlamento sull'attuazione della legge.

Le Regioni definiscono, sulla base dei criteri stabiliti dai progetti-obiettivo materno-infantili, i modelli organizzativi assistenziali (articolo 3).

Le aziende sanitarie devono, in particolare, garantire (articolo 5): l'utilizzazione di un'idonea cartella ostetrica computerizzata, dove annotare tutti i dati relativi alla gravidanza; i corsi di accompagnamento alla nascita rivolti alla donna ed alla coppia; l'accertamento e la certificazione delle gravidanze a rischio; la dimissione precoce, protetta ed appropriata, della madre e del figlio (favorendo la partecipazione dell'ostetrica nell'ambito della assistenza domiciliare integrata per il controllo del puerperio e del neonato per il sostegno dell'allattamento al seno). Le modalità di assistenza al puerperio devono essere adeguate allo stato fisico, psicologico e sociale della donna e del bambino. È inoltre favorita la presa in carico più precoce possibile del neonato da parte del pediatra di libera scelta.

Ai sensi dell'articolo 6, il parto fisiologico è definito come la spontanea evoluzione dei tempi e dei ritmi della nascita. Lo stesso articolo disciplina dettagliatamente le modalità assistenziali che devono essere garantite durante tale evento (quali

il rispetto delle esigenze biologiche della donna e del nascituro; l'assecondamento dei ritmi fisiologici del travaglio; la promozione di tecniche per il controllo del dolore; la predisposizione di un ambiente confortevole per il parto; la possibilità per la donna di essere assistita dal ginecologo di fiducia, dal padre del nascituro o da altra persona; la promozione del contatto madre-figlio e dell'allattamento al seno). Al fine di garantire che l'evento travaglio-parto-nascita si svolga in un contesto umanizzato e sicuro, il parto fisiologico può svolgersi in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate o autorizzate e in case di maternità. Entro sei mesi dalla data di approvazione della legge, le strutture autorizzate individuano spazi adeguati per il parto fisiologico e per l'effettuazione di tecniche di parto-analgesia (articoli 7 e 8). I predetti spazi devono garantire la possibilità del contatto tra la madre e il bambino e la presenza del padre.

Per il riconoscimento dei parti e delle condizioni neonatali a rischio, al fine del tempestivo ricovero nei punti nascita, si applicano i criteri individuati dall'OMS. In casi di particolare gravità, il trasporto assistito è effettuato da personale con competenze specifiche, mediante il servizio di trasporto d'emergenza (articolo 9).

Ai sensi dell'articolo 10, lo Stato e le regioni promuovono la donazione e la raccolta del sangue del cordone ombelicale. La conservazione è consentita sia per uso autologo sia per uso allogenico per scopi terapeutici, clinici o di ricerca. Alle divisioni di ostetricia è affidato il compito di diffondere la cultura della donazione del sangue del cordone ombelicale informando le gestanti sulle potenzialità della donazione, sulle possibili utilizzazioni e sull'assoluta mancanza di ogni rischio per loro e per i neonati, nonché garantendo il prelievo a tutte le partorienti. La conservazione del sangue del cordone ombelicale per uso autologo avviene senza oneri per lo Stato in istituti pubblici o privati accreditati dalle regioni e convenzionati con centri trasfusionali autorizzati. Sono fatti salvi i

casi di conservazione autologa o destinata a consanguinei per patologia in atto o previa presentazione di motivata documentazione clinico-sanitaria.

Al fine di favorire il parto fisiologico ed in considerazione dei maggiori costi derivanti dallo stesso per l'impiego di personale e di attrezzature, il rimborso alle strutture sanitarie relativo ai parti vaginali è equiparato a quello previsto per il parto cesareo. Le aziende sanitarie ospedaliere che intendono attivare e diffondere le tecniche di analgesia per il parto possono assumere, a tale fine, medici anestesisti anche in soprannumero rispetto alle dotazioni organiche. Le attività conformi alle disposizioni della legge in commento sono incentivate dalle aziende sanitarie locali con iniziative di formazione e di aggiornamento, nonché con il finanziamento di progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla presente legge (articolo 11).

La legge individua (articolo 12) le attività svolte dalle regioni in materia di parto fisiologico (si tratta, in particolare: dell'adozione di nuove linee guida per il parto fisiologico; della verifica annuale del livello qualitativo del percorso parto-nascita; della programmazione dei corsi di accompagnamento al parto; del monitoraggio dei dati relativi alle diverse modalità di parto; dell'aggiornamento e riqualificazione del personale attualmente impiegato nell'assistenza alla nascita; della promozione di campagne informative sui diritti della partorienti, del nascituro e del padre).

I competenti organi regionali predispongono una relazione annuale per la rilevazione dei dati relativi alla morbilità ed alla mortalità materna e neonatale, alle modalità di assistenza al parto, alle complicanze in gravidanza, all'impiego dei farmaci ed alla frequenza e modalità dell'allattamento al seno. Tali relazioni, che devono contenere anche i dati statistici sulla popolazione assistita, sui livelli di assistenza neonatale e sui nati pretermine, morti e malformati, devono essere trasmesse al Ministero del lavoro,



della salute e delle politiche sociali, il quale ne cura la pubblicazione e la diffusione (articolo 13).

Per ogni nato vivo è compilata una cartella clinica contenente, oltre ai dati previsti dalle disposizioni vigenti in materia, i rilievi sulla gravidanza, sul parto e sull'andamento neonatale. Entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali provvede, con proprio decreto, all'adozione delle linee guida generali per la compilazione, da parte delle regioni e delle province autonome, della predetta cartella clinica (articolo 14).

Ai sensi dell'articolo 15, tutti i neonati sono sottoposti ai controlli dei parametri vitali durante l'osservazione transizionale. In caso di temporaneo distacco del neonato dalla madre, è assicurata, per quanto possibile, la permanenza della stessa in spazi contigui e adeguati. Per tutto il periodo di ospedalizzazione del neonato, la madre o un altro familiare in sua vece usufruisce dei servizi di pernottamento e di vitto con oneri a carico dell'azienda sanitaria locale.

Ai sensi dell'articolo 16, le regioni e le province autonome garantiscono gli interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o meno dei loro nati e alla segretezza del parto. Alle gestanti e ai loro nati sono altresì garantiti gli interventi per la continuità assistenziale e per il loro reinserimento sociale. Tali interventi rientrano, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione, tra i livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale. Le regioni e le province autonome individuano, ai sensi dell'articolo 8, comma 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328, gli enti locali titolari degli interventi di cui al presente articolo e le modalità di esercizio degli stessi.

Fa presente, altresì, che l'articolo 17 estende al personale impiegato nelle unità di terapia intensiva neonatale e nel pronto soccorso ostetrico le agevolazioni previste

per coloro che sono impiegati in lavori particolarmente usuranti ai sensi del decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374 (anticipazione dell'età pensionabile di due mesi per ogni anno di occupazione, fino ad un massimo di 60 mesi, e frazionabilità delle giornate del beneficio di cui sopra in giornate singole).

Quanto alle due proposte di legge abbinata nella seduta odierna, evidenzia che esse recano esclusivamente interventi in favore delle gestanti e delle madri per garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati.

In particolare, la proposta di legge n. 3303 Lucà, composta da un unico articolo, prevede che, al fine di garantire una uniforme attuazione in tutto il territorio nazionale delle disposizioni di cui all'articolo 8, comma 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328 (recante disposizioni sul trasferimento di funzioni dalle regioni agli enti locali, in materia, tra l'altro, di prestazioni obbligatorie relative alle gestanti, alle madri, ai nati fuori dal matrimonio e ai bambini non riconosciuti), le regioni e le province autonome assicurano l'informazione, la consulenza e le prestazioni socio-assistenziali diurne e residenziali occorrenti alle gestanti e alle madri che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o al non riconoscimento dei loro nati e alla garanzia della segretezza del parto.

Gli interventi di cui al comma 1, che costituiscono livello essenziale ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione, sono promossi dagli enti locali titolari delle funzioni socio-assistenziali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, secondo le modalità stabilite dalle leggi regionali e delle province autonome. Tali soggetti garantiscono, altresì, alle partorienti e ai loro nati i necessari interventi per la continuità socio-assistenziale e per sostenere il loro reinserimento sociale. Gli interventi socio-assistenziali in favore dei neonati non riconosciuti sono garantiti fino all'adozione definitiva. Gli interventi rivolti alle gestanti e alle madri sono erogati su

semplice richiesta delle donne interessate senza ulteriori formalità, indipendentemente dalla loro residenza anagrafica e dalla loro nazionalità.

La proposta di legge n. 1266 del Consiglio regionale del Piemonte, composta da un unico articolo, stabilisce che le regioni e le province autonome garantiscono gli interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti presenti sul proprio territorio, indipendentemente dalla loro residenza anagrafica, che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o meno dei loro nati ed al segreto del parto. Alle gestanti e ai loro nati sono altresì garantiti gli interventi per la continuità assistenziale e per il loro reinserimento sociale. Tali interventi costituiscono livello essenziale ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione. Le leggi regionali e delle province autonome individuano, ai sensi dell'articolo 8, comma 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328, gli enti locali titolari degli interventi e le modalità di esercizio degli stessi.

Preannuncia, infine, l'intenzione di proporre alla Commissione, al termine dell'esame preliminare, lo svolgimento di un'indagine conoscitiva, nell'ambito della quale procedere all'audizione di esperti del settore ed eventualmente recarsi in missione presso le strutture sanitarie, italiane e straniere, che presentino particolari profili di interesse per le finalità delle proposte di legge in esame.

Domenico DI VIRGILIO (Pdl), dopo aver espresso apprezzamento per la decisione di iniziare l'esame delle proposte di legge in titolo, sottolinea la delicatezza e l'urgenza del problema su cui esse vertono e auspica che tale esame possa procedere speditamente. Dichiarò, quindi, di condividere la proposta di un'indagine conoscitiva da svolgere al termine dell'esame preliminare. Ritiene, infine, che sarebbe opportuno cogliere questa occasione per approvare finalmente una norma sull'utilizzo del sangue cordonale.

Luciana PEDOTO (PD), pur ritenendo che non si debba ampliare eccessivamente

l'oggetto delle proposte di legge in titolo, rileva come l'articolo 10 della proposta n. 1513 Palumbo verta sull'utilizzo del sangue cordonale e come, pertanto, tale problema potrebbe essere avviato a soluzione nell'ambito del provvedimento in esame. A tal fine, invita la presidenza a valutare l'opportunità di procedere all'abbinamento della sua proposta di legge 3691, recante disposizioni in materia di donazione e conservazione del sangue da cordone ombelicale.

Evidenzia, altresì, come il problema dell'analgesia nel travaglio di parto rientri nella tematica più generale di cui la Commissione si è occupata al momento di esaminare il provvedimento in materia di cure palliative e terapia del dolore e come la soluzione di tale problema potrebbe contribuire in modo significativo a ridurre il ricorso improprio al taglio cesareo.

Giuseppe SCALERA (Pdl) chiede al presidente e relatore come intenda procedere nell'esame delle proposte di legge in titolo e, in particolare, se intenda proporre la costituzione di un Comitato ristretto, al fine di elaborare un testo unificato delle proposte di legge in esame.

Sottolinea, altresì, l'esigenza di delimitare con chiarezza i ruoli rispettivi della XII Commissione e della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, ritenendo che le iniziative di quest'ultima, spesso maggiormente legate a eclatanti fatti di cronaca, possano finire per oscurare il lavoro legislativo della XII Commissione.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, ringrazia il collega Scalera per aver sollevato la questione dei rapporti con l'attività della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e ritiene che, in effetti, la rappresentazione all'esterno delle iniziative di detta Commissione rischi di far perdere di vista

la distinzione dei rispettivi ruoli, che è, invece, estremamente chiara.

Precisa quindi, rivolto ancora al collega Scalera, che è sua intenzione invitare la Commissione a procedere speditamente nell'esame preliminare delle proposte di legge in titolo, per svolgere subito dopo l'indagine conoscitiva prima descritta e procedere, poi, all'istituzione di un Comitato ristretto, per l'elaborazione di una proposta di testo unificato. Fa presente altresì, rivolto ai colleghi Di Virgilio e Pedoto, che sembra preferibile ricondurre tutte le proposte in materia di utilizzo del sangue cordonale nell'ambito dell'esame dei progetti di legge sull'argomento, già avviato dalla Commissione.

Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 14.45.**

#### INTERROGAZIONI

*Mercoledì 22 settembre 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Francesca Martini.*

**La seduta comincia alle 14.45.**

**5-02677 Vannucci e Zucchi: Sperimentazione del protocollo terapeutico per la sclerosi laterale amiotrofica predisposto dal dottor Mario Melazzini dell'ospedale di Pavia.**

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Massimo VANNUCCI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto per l'interesse e la sensibilità dimostrati dal rappresentante del Governo nei confronti della sperimentazione richiamata nell'atto di sindacato.

**5-02758 Vignali e Barani: Monitoraggio del prezzo dei dispositivi medici acquistati dalle ASL.**

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Lucio BARANI (PdL), replicando per l'interrogazione di cui è cofirmatario, si dichiara pienamente soddisfatto, ritenendo che i provvedimenti annunciati nella risposta all'atto di sindacato siano idonei ad avviare a soluzione i problemi in esso richiamati.

**5-03060 Nastri: Settimo rapporto del Centre for economics and international studies (Ceis) sulla sanità.**

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Gaetano NASTRI (PdL), replicando, si dichiara soddisfatto.

**5-02969 Viola e Lenzi: Contrasto del randagismo nella regione Sicilia.**

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Rodolfo Giuliano VIOLA (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto. Rileva, peraltro, come la difficile situazione in cui versa la regione Sicilia emerga anche dalla mancanza di dati attendibili sulla popolazione canina presente nel territorio regionale. Sottolinea, quindi, l'esigenza di interventi tempestivi al fine di garantire la salute dei cittadini e di salvaguardare, al tempo stesso, il benessere animale.

**5-03277 Nastri e Barani: Controlli sulle carni importate e vendute in Italia, con particolare riguardo al morbo della « mucca pazza ».**

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Lucio BARANI (PdL), replicando per l'interrogazione di cui è cofirmatario, si dichiara soddisfatto. Ritiene, peraltro, che l'episodio riportato nell'atto di sindacato evidenzia i problemi connessi all'importazione clandestina di carni per uso alimentare, anche in ragione dell'incubazione particolarmente lunga della encefalopatia spongiforme bovina.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 15.15.**

#### COMITATO RISTRETTO

*Mercoledì 22 settembre 2010.*

**Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare.**

**C. 2024 Livia Turco, C. 3381 Barani e C. 3463 Dal Lago.**

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 15.15 alle 15.30.

#### UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.30 alle 15.40.

## ALLEGATO 1

**5-02677 Vannucci e Zucchi: Sperimentazione del protocollo terapeutico per la sclerosi laterale amiotrofica predisposto dal dottor Mario Melazzini dell'ospedale di Pavia.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento ai quesiti posti nella interrogazione parlamentare in esame, si forniscono le seguenti valutazioni.

Il protocollo terapeutico posto in essere dal dottor Mario Melazzini utilizza cellule staminali autologhe emopoietiche, secondo un processo ormai validato per numerose condizioni emato-oncologiche autoimmuni.

Nel caso specifico si utilizza la ciclofosfamide come immunosoppressore.

In particolare si evidenzia che il protocollo in questione rappresenta uno studio pilota, per il quale si dovrà verificare la sicurezza del suddetto impianto cellulare nella Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

Si sottolinea, inoltre, che il prodotto non rientra nella categoria « farmaco » in base alla manipolazione minima delle cellule emopoietiche autologhe.

La struttura proponente è il Centro Clinico Nemo, Fondazione Serena Onlus di

Milano, un centro clinico specializzato in malattie neuromuscolari, mentre il centro coordinatore sarà il Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica dell'Università degli Studi di Genova. È prevista, altresì, la partecipazione di 5 centri clinici nazionali.

Si evidenzia, in ogni caso, che lo scopo di tutti gli studi preliminari è di verificare la sicurezza del prodotto prima di passare ad una ricerca più estesa.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Pavia, si segnala che, se il suddetto protocollo terapeutico dovesse dimostrare risultati positivi, la nuova procedura potrà essere estesa in modo progressivo a tutti i malati di SLA.

Da ultimo, si comunica che l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro Nazionale Trapianti avvieranno la valutazione del protocollo, una volta acquisito.

## ALLEGATO 2

**5-02758 Vignali: Monitoraggio del prezzo dei dispositivi medici acquistati dalle ASL.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In riferimento alla richiesta formulata nell'atto parlamentare in esame, comunico che il Ministro della salute ha firmato, in data, 11 giugno 2010 il decreto riguardante l'istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale. Il decreto è stato registrato presso la Corte dei Conti in data 12 luglio 2010 ed è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana, serie generale, n. 175 del 29 luglio 2010.

Il decreto stabilisce le informazioni (e le modalità per l'acquisizione delle stesse) che le Regioni e le Province autonome

raccogliono dalle strutture sanitarie dislocate nel loro territorio, ai fini del costante monitoraggio nazionale dei consumi di dispositivi medici acquistati ed utilizzati, in attuazione di quanto espressamente indicato dalla legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), e dall'Accordo 29 aprile 2010 della Conferenza Stato-Regioni.

Presso il Ministero della salute viene istituita la Banca dati dei dispositivi medici: la realizzazione e la gestione della Banca è affidata al Ministero. L'accesso alla Banca dati è consentito anche al Ministero dell'economia e delle finanze ed alle Regioni e Province autonome.

## ALLEGATO 3

**5-03060 Nastri: Settimo rapporto del Centre for economics and international studies (Ceis) sulla sanità.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame, a seguito di delega della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Ministero della salute ritiene necessarie alcune precisazioni in merito a quanto espresso nel Rapporto CEIS Sanità 2009 in particolare nel capitolo 4, dedicato alla «*Performance* del sistema sanitario: l'equità».

Con riferimento ai dati relativi agli anni 2006 e 2007, le elaborazioni effettuate dal CEIS sui dati prodotti dall'Istat sui consumi delle famiglie italiane e sulla distribuzione delle famiglie per tipo rispetto alle soglie di povertà, nonché sugli indicatori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per individuare il peso delle spese sanitarie «catastrofiche», portano ad evidenziare che:

nel 2007 si conferma la quota di famiglie che «si impoveriscono» per effetto delle spese mediche affrontate nel corso dell'anno (spese «*out of pocket*», per prestazioni extra Servizio Sanitario Nazionale e per *ticket*): a livello complessivo e nazionale sono l'1,4 per cento del totale, ma se si differenzia per tipo di famiglia, emerge il peso degli anziani e la quota si alza molto laddove si considerano nuclei monocomponente anziani (2,6 per cento), o dove una coppia senza figli includa due anziani (2,6 per cento);

si conferma, anche, la quota di famiglie che sono state soggette a «spese catastrofiche» ossia che almeno un mese all'anno hanno dovuto sostenere spese mediche molto elevate rispetto alle proprie disponibilità: a livello complessivo e nazionale sono il 4,2 per cento del totale dei

nuclei familiari, ma se si differenzia per tipo di famiglia, emerge di nuovo il peso degli anziani e dei figli a carico: la quota diventa il 13,6 per cento nelle famiglie incluse nel primo quintile della distribuzione per reddito, ossia nelle più povere; l'8,8 per cento dei nuclei con 3 e più figli; il 7,8 per cento dei nuclei di un solo componente ultra 65enne; il 6,9 per cento delle coppie senza figli entrambi anziani.

A fronte di questi dati sicuramente preoccupanti va detto, però, che la metodologia seguita dal CEIS include nelle spese mediche «*Out of pocket*» quelle relative ai consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili (incluse le spese per assistenti familiari o badanti), che solo in minima parte si riferiscono a prestazioni sanitarie. Va detto, inoltre, che sono proprio queste spese insieme alle spese per prestazioni odontoiatriche, quelle che risultano mettere maggiormente in difficoltà le famiglie italiane meno abbienti.

Pertanto, anche se il fenomeno rilevato rimane grave, per l'impatto in termini di equità sociale e la necessità di trovare risposte adeguate in tempi brevi, sembra trattarsi di un problema solo marginalmente imputabile al Servizio Sanitario Nazionale.

Va anche detto che le politiche sanitarie da anni perseguono, a livello nazionale e regionale, una migliore integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Per quanto riguarda le differenze regionali rilevate dal Rapporto CEIS e riprese dall'interrogazione parlamentare, sembra facile ricondurle alla diversità tra

regioni, in termini tanto di composizione demografica e di peso relativo della popolazione anziana e non autosufficiente, quanto di « ricchezza relativa » delle singole regioni. Le elaborazioni che portano ad evidenziare una situazione relativamente più critica per la Regione Piemonte sono fatte prendendo a riferimento le soglie di povertà relativa specifiche delle singole regioni, piuttosto che quella nazionale, e indicherebbero che le famiglie piemontesi a rischio di impoverimento per le spese sanitarie « *out of pocket* » sono relativamente di più: « la metodologia tenta di descrivere il fenomeno per cui una famiglia può ritrovarsi, a causa di spese sanitarie private, con un tenore di vita estremamente ridotto rispetto alla propria regione (impoverendosi a livello regionale) pur mantenendo un livello superiore alla soglia nazionale (non entrando quindi nel computo dell'impoverimento generale) ». Il Piemonte ha una quota di famiglie impo-

verite che passa dallo 0,9 per cento all'1,8 per cento usando la soglia di povertà nazionale e quella regionale (non è comunque la peggiore: il Molise e la Sardegna hanno il 2,3 per cento delle famiglie impoverite, rispetto alle soglie regionali; la Provincia Autonoma di Trento, il 2 per cento); il Piemonte ha però la quota di famiglie povere relativamente più elevato (11,5 per cento), considerando la soglia regionale, seguito da Liguria, Molise, Emilia Romagna e Umbria. Considerando la soglia di povertà nazionale, invece, le quote più elevate di famiglie povere sono prevalentemente localizzate nel Centro Sud, così come le quote di famiglie impoverite dalle spese mediche e soggette a « spese catastrofiche ».

Tuttavia, occorre rilevare che gli stessi autori mettono in guardia sulla validità di questi risultati riferiti alle soglie regionali, basati su numeri di rilevazioni campionarie inferiori.



## ALLEGATO 4

**5-02969 Viola e Lenzi: Contrasto del randagismo nella regione Sicilia.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito a quanto richiesto nell'interrogazione, preciso che, dai dati in possesso della Direzione Generale della Sanità Animale e del Farmaco Veterinario di questo Ministero, risulta che la popolazione canina in Sicilia è così distribuita:

la popolazione canina in Sicilia, secondo dati forniti dalla stessa Regione (anno 2007) è di circa 324.000 cani (n. cani di proprietà + n. randagi ospitati nei canili + n. di presunti randagi);

il numero dei cani identificati con *microchip* e registrato in banca dati nazionale, al 4 giugno 2010, è di 244.706;

l'anagrafe canina risulta attiva e le varie anagrafi territoriali trasmettono i dati al nodo regionale che va ad implementare la banca dati nazionale istituita presso questo Ministero;

l'applicazione dei *microchip* e la successiva registrazione nella citata banca dati è consentita sia ai veterinari dell'Asl che ai liberi professionisti appositamente autorizzati, come previsto dalla specifica normativa regionale in materia;

le strutture di ricovero presenti sul territorio regionale sono così ripartite:

canili sanitari 37, canili-rifugio totale 42 (dati riferiti al 2007).

Si precisa che su tutto il territorio nazionale è ancora in corso, da parte di questo Ministero, la ricognizione delle

strutture esistenti riferita ai canili sanitari/rifugi pubblici o privati e ambulatori veterinari. In particolare, alla Regione Sicilia è stato inoltrato un sollecito rispetto alla richiesta dati relativa al censimento di canili e di strutture per la sterilizzazione di cani e gatti;

in riferimento alla costruzione di canili sul territorio regionale, per quanto di propria competenza, vari Enti (Comuni, Unione di Comuni) insistenti sui territorio della Regione Sicilia hanno richiesto, a questo Ministero, finanziamenti per la realizzazione di canili. Infatti, ad oggi risultano già finanziati nella Regione Sicilia 6 progetti per un totale di euro 360.000, mentre altri 3 progetti, per un totale di euro 200.000, sono in corso di finanziamento (in base alla Legge 29 dicembre 2003, n. 376 «Finanziamento di interventi per opere pubbliche»);

la popolazione canina in Italia rappresenta il 10 per cento di quella umana ed è stimata in circa 6.000.000 di cani di cui 5.577.379 già identificati con *microchip*;

la legge n. 281 del 1991 istituisce un fondo nazionale per la prevenzione e lotta al randagismo, che annualmente viene ripartito tra le Regioni e le Province Autonome. La dotazione totale del suddetto fondo è stata pari a euro 4.871.525,00 per l'anno finanziario 2008, e pari a euro 3.801.681,00 per l'anno 2009.

## ALLEGATO 5

**5-03277 Nastri: Controlli sulle carni importate e vendute in Italia, con particolare riguardo al morbo della « mucca pazza ».****TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito all'interrogazione parlamentare in esame, si fa presente che in materia di encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) ed in particolare dell'Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE), in ottemperanza al disposto del regolamento CE n. 999/2001 del 22 maggio 2001 e successive modificazioni, il sistema di controllo nazionale prevede:

una sistematica sorveglianza attiva su tutti i capi bovini regolarmente macellati e morti (test rapidi su materiale cerebrale: obex);

il divieto di impiego delle proteine trasformate nell'alimentazione dei ruminanti;

il rintraccio e la distruzione della coorte di nascita del capo risultato positivo di BSE;

il rintraccio e la distruzione della progenie, degli ultimi due anni, del capo risultato positivo di BSE.

A partire dal 1° giugno 2001, il sistema veterinario, nello svolgimento dell'attività di vigilanza permanente sul territorio, ha operato in rigorosa osservanza alla normativa vigente.

Particolare attenzione è stata rivolta all'eliminazione di tutte le matrici contenenti la fonte d'infezione (la proteina prionica patologica, PrPs) dal circuito alimentare animale ed umano e all'individuazione dei capi infetti a mezzo delle prove di conferma diagnostica da parte del Centro di Referenza Nazionale (Centro Encefalopatie Animali – Istituto Zooprofilattico Sperimentale – Torino).

Attualmente, la situazione epidemiologica nazionale è favorevole e, ai sensi della Decisione CE 2008/908, l'Italia può testare i bovini regolarmente macellati e morti di età superiore ai 48 mesi. Sempre ai sensi della decisione sopra menzionata, tale situazione è condivisa con Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Slovenia, Spagna, Svezia. Gli altri Stati membri U.E. che non condividono la stessa nostra situazione epidemiologica, obbligatoriamente osservano i parametri di età previsti dal citato regolamento, ossia controllo obbligatorio di tutti i bovini regolarmente macellati di età superiore ai 30 mesi e controllo obbligatorio di tutti i bovini morti o sottoposti a macellazione d'urgenza e differita di età superiore ai 24 mesi.

La sorveglianza effettuata ha dimostrato che i bovini risultati positivi erano nati antecedentemente all'entrata in vigore delle disposizioni di cui al regolamento CE n. 999/2001. Infatti, circostanziando gli eventi all'anno 2001 ed, in particolare, a far data dal 1° giugno 2001 (data di entrata in vigore del regolamento CE 999/2001), quale limite di età massimo previsto per un bovino positivo, si precisa che in Italia l'unico animale riscontrato positivo era nato nel mese di gennaio 2001.

I dati relativi all'attività di sorveglianza, inclusi i riscontri di positività, afferiscono al Centro di Referenza Nazionale (CEA-IZS Torino) e sono comunicati dalla Direzione Generale della Sanità Animale e del Farmaco Veterinario del Ministero della salute, nel mese di aprile di ogni anno, alla Com-

missione Europea, ai fini della ridefinizione del Piano nazionale di eradicazione, sorveglianza e controllo approvato annualmente dalla Commissione UE.

Infine, questo Ministero sottolinea che negli ultimi anni la decrescente notifica

dei capi positivi conferma il favorevole risultato del monitoraggio e della sorveglianza sanitaria, in linea con l'andamento degli altri Stati membri, grazie alla efficacia delle azioni intraprese per la tutela del consumatore.