

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

5-03395 Frusone: Riorganizzazione delle strutture della rete ospedaliera della provincia di Frosinone	221
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	224
5-03685 Losacco: Iniziative per avviare un Piano nazionale di potenziamento del cosiddetto « Dopo di noi »	222
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	227
5-03576 Capone: Situazione dei medici cosiddetti « ex stabilizzati » presso la regione Puglia ...	222
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	229
5-03649 Gallinella: Stato delle vaccinazioni degli ovini contro il virus della « blue tongue » .	222
ALLEGATO 4 (Testo della risposta)	230

SEDE CONSULTIVA:

Revisione della parte seconda della Costituzione. C. 2613 cost. Governo, approvato dal Senato, e abb. (Parere alla I Commissione) (Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni)	223
ALLEGATO 5 (Parere approvato dalla Commissione)	232
Sui lavori della Commissione	223
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	223

COMITATO RISTRETTO:

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. C. 698 Grassi, C. 1352 Argentin, C. 2205 Miotto, C. 2456 Vargiu, C. 2578 Binetti e C. 2682 Rondini	223
--	-----

INTERROGAZIONI

Giovedì 11 dicembre 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Intervengono i sottosegretari di Stato per la salute, Vito De Filippo e per il lavoro e le politiche sociali, Franca Biondelli.

La seduta comincia alle 13.55.

5-03395 Frusone: Riorganizzazione delle strutture della rete ospedaliera della provincia di Frosinone.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (vedi allegato 1).

Massimo Enrico BARONI (M5S), replicando in qualità di cofirmatario, si dichiara insoddisfatto della risposta ricevuta. Segnala di avere recentemente visitato le strutture ospedaliere della provincia di Frosinone, insieme ai consiglieri regionali del Movimento 5 Stelle, potendo avere una conoscenza diretta delle situazioni di disagio. Sottolinea che dal testo della risposta traspare l'assenza di una programmazione complessiva e il tentativo di affrontare la situazione con iniziative *una tantum* palesemente inadeguate.

In relazione ai servizi di emergenza-urgenza della provincia, ritiene si verifichi una situazione di omissione di soccorso e di interruzione di pubblico servizio. Sottolinea in proposito che i pazienti vengono tenuti in attesa per lunghi periodi sulle barelle nelle sale di pronto soccorso senza risultare a carico delle strutture ospedaliere. Giudica delirante la previsione di collaborazioni con strutture ospedaliere romane in ragione della distanza da percorrere, segnalando che già attualmente i pazienti della provincia di Frosinone si trovano costretti a lunghe trasferte per ottenere servizi adeguati. Evidenzia la necessità di superare in maniera concreta il blocco del *turn over*.

In conclusione, ribadisce la necessità di effettuare una corretta programmazione affinché la riduzione delle risorse non si traduca necessariamente in tagli lineari con conseguente inadeguatezza dei servizi offerti.

5-03685 Losacco: Iniziative per avviare un Piano nazionale di potenziamento del cosiddetto «Dopo di noi».

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

Alberto LOSACCO (PD), replicando, nel ringraziare il rappresentante del Governo per la risposta, richiama l'attenzione della Commissione sulla particolare difficoltà che si riscontra nell'assistenza ai disabili nelle regioni meridionali. Rileva, infatti, che a fronte di una maggiore incidenza del fenomeno, si registra una carenza di risorse, anche in ragione della mancanza di strutture e dell'applicazione del criterio della spesa storica. Sottolinea, quindi, la necessità di interventi appropriati per colmare il divario che si è accumulato.

5-03576 Capone: Situazione dei medici cosiddetti «ex stabilizzati» presso la regione Puglia.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Salvatore CAPONE (PD), replicando, si dichiara soddisfatto della puntuale risposta, ribadendo le criticità connesse all'eccessivo numero di precari tra il personale medico. Auspica, pertanto, una rapida entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri citato dal rappresentante del Governo in modo da poter dare una prima risposta alle giuste esigenze del personale medico interessato.

5-03649 Gallinella: Stato delle vaccinazioni degli ovini contro il virus della «blue tongue».

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Filippo GALLINELLA (M5S), replicando, sottolinea in primo luogo la gravità della diffusione del virus della «blue tongue» che può portare all'abbattimento di molti capi ovini e a ingenti danni economici per gli operatori. Rileva che la diffusione dell'epidemia non tiene ovviamente conto dei confini regionali e che pertanto il Ministero della salute dovrebbe esercitare una più efficace azione di controllo sulle regioni che non hanno preso le necessarie precauzioni.

Chiede in proposito al Ministero di fornire, in tempi rapidi, informazioni sulle politiche adottate al livello delle singole regioni in modo da potere attribuire con chiarezza la responsabilità di quanto sinora accaduto. Auspica, in ogni caso, una maggiore intesa tra Stato e regioni nell'opera di prevenzione.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.40.

SEDE CONSULTIVA

Giovedì 11 dicembre 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.40.

Revisione della parte seconda della Costituzione.
C. 2613 cost. Governo, approvato dal Senato, e abb.
(Parere alla I Commissione).

(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato, da ultimo, nella seduta del 10 dicembre 2014.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione è convocata per il seguito dell'esame, per il parere alla I Commissione (Affari costituzionali), del disegno di legge costituzionale C. 2613, approvato dal Senato, sulla revisione della Parte seconda della Costituzione.

Avverte, quindi, che nella seduta odierna proseguirà il dibattito, al termine del quale il relatore, on. Gelli, illustrerà la sua proposta di parere.

Federico GELLI (PD), *relatore*, ricorda preliminarmente che la Commissione di merito ha soppresso la disposizione che prevedeva, in base ad una modifica introdotta dall'altro ramo del Parlamento, che il Senato concorresse paritariamente alla funzione legislativa nelle materie relative alla famiglia e al matrimonio (articolo 29 Cost.) nonché alla sottoposizione a trattamenti sanitari obbligatori (articolo 32, secondo comma, Cost.).

Illustra quindi una proposta di parere favorevole con osservazioni che tiene conto del dibattito svolto in Commissione (*vedi allegato 5*).

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

Sui lavori della Commissione.

Matteo MANTERO (M5S), alla luce degli elementi che emergono quotidianamente circa il coinvolgimento di numerosi operatori del terzo settore nelle attività illecite oggetto di indagine da parte della magistratura, ritiene che la Commissione debba effettuare un approfondimento sul tema prima di proseguire nell'esame del disegno di legge C. 2617 che reca la delega per il riordino del terzo settore. Chiede pertanto lo svolgimento di ulteriori audizioni.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ritiene che la questione sollevata dal collega Mantero possa essere più appropriatamente affrontata nel corso dell'imminente riunione dell'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi.

La seduta termina alle 14.50.

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.55 alle 15.30.

COMITATO RISTRETTO

Giovedì 11 dicembre 2014.

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

C. 698 Grassi, C. 1352 Argentin, C. 2205 Miotto, C. 2456 Vargiu, C. 2578 Binetti e C. 2682 Rondini.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 15.30 alle 16.10.

ALLEGATO 1

5-03395 Frusone: Riorganizzazione delle strutture della rete ospedaliera della provincia di Frosinone.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame, anche con il supporto degli elementi forniti dalla Regione Lazio.

La struttura commissariale rappresenta che i Programmi Operativi 2013-2015, approvati con decreto n. 247 del 25 luglio 2014, « prevedono una lunga serie di interventi in grado di superare parte delle criticità evidenziate » nell'interrogazione in esame.

Il decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera, in corso di emanazione, prevede, per le strutture ospedaliere ubicate nella ASL di Frosinone, interventi di rimodulazione e riassetto.

In particolare è previsto:

la creazione di un Polo Unificato Frosinone – Alatri;

un potenziamento sia dell'Ospedale di Cassino che dell'Ospedale di Sora, con incremento complessivo del numero dei posti letto;

il mantenimento dei posti letto di Ostetricia e di Neonatologia nell'Area materno infantile del Presidio di Cassino.

L'emanando decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera consentirà alle Aziende di reperire una parte delle risorse attraverso la razionalizzazione e la redistribuzione di quelle già disponibili.

Al fine di consentire una risposta maggiormente esauriente, l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Frosinone ha precisato quanto segue.

L'AUSL di Frosinone presenta una popolazione residente di 497.000 abitanti circa, con un'articolazione organizzativa in 4 Poli Ospedalieri (Frosinone, Alatri, Sora

e Cassino), 4 distretti Sanitari (Frosinone, Alatri-Anagni, Sora e Cassino), 17 Poliambulatori distrettuali, 19 Consultori, 11 Residenze Sanitarie per Anziani(RSA) e 4 Centri di Assistenza Domiciliare.

La rete ospedaliera provinciale negli ultimi decenni ha subito un progressivo ridimensionamento, con una sostanziale riduzione dei posti letto attivi fino agli attuali 863 (di cui 827 per acuti e 36 post-acuti); ai posti letto per acuti attivi nella AUSL di Frosinone vanno aggiunti quelli dedicati al post-acuzie e all'attività di riabilitazione autorizzati dalla Regione Lazio presso le Strutture private accreditate, pari a 313 (99 di post-acuzie e 214 di riabilitazione), per un totale di 1.176 posti letto attivi.

Gli effetti del piano di rientro economico a cui la Regione Lazio è ancora sottoposta, il blocco del « *turn-over* » del personale nella Pubblica Amministrazione e il progressivo pensionamento del personale in servizio, maggiormente quello sanitario, dal 2009 al 2014 hanno prodotto una riduzione degli organici nelle Aziende USL e Ospedaliere regionali di 11.429 unità.

Per quanto concerne l'AUSL di Frosinone, nello stesso periodo si è passati da 4.205 a 3.913 unità di personale, di cui 70 Dirigenti delle professioni sanitarie a tempo determinato.

Tali problematiche hanno prodotto, maggiormente nel settore medico, una progressiva riduzione degli organici nei reparti ospedalieri, inducendo ad un consistente ricorso alle cosiddette « prestazioni aggiuntive » per la copertura di attività istituzionali che, altrimenti, non po-

tevano e non possono essere garantite con gli organici esistenti, soprattutto in alcune branche: Pronto Soccorso, Anestesia/Rianimazione, Radiologia, Cardiologia, Nefrologia/Dialisi e Medicina.

La situazione diviene ancor più critica nel periodo estivo, per le ferie del personale. Una particolare attenzione alla problematica delle prestazioni aggiuntive si è posta attraverso una riorganizzazione dei servizi, cercando di ottimizzare l'utilizzazione del personale.

La carenza del numero di Direttori di Struttura Complessa nelle Unità Operative ospedaliere aziendali, in assenza di procedure di selezione concorsuali autorizzate dalla Regione Lazio, ha indotto, inoltre, la AUSL ad affidare ai Direttori titolari di U.O. incarichi ad interim per la copertura degli incarichi vacanti. Quanto sopra nelle more della definizione dell'Atto di programmazione aziendale di prossima stesura.

In merito all'acquisto di Prestazioni aggiuntive da parte di alcune branche specialistiche ospedaliere per la copertura di attività di Guardia e Pronta disponibilità, è stato previsto un piano di rimodulazione delle attività assistenziali e la definizione di un nuovo assetto organizzativo, che dovrebbe contenere il ricorso a tali prestazioni. Si fa presente, comunque, che per effetto degli interventi programmati, dal 2009 al 2013, si è registrata una progressiva riduzione dell'acquisto di prestazioni aggiuntive da 8,4 milioni di euro a 5 milioni di euro circa nel 2013.

In relazione alla situazione di carenza del personale medico rilevata presso alcune strutture complesse, sono state intraprese le seguenti iniziative:

è stata richiesta autorizzazione alla Regione Lazio per l'assunzione in deroga di personale medico, nei mesi di marzo e aprile 2014;

nei mesi di maggio e giugno 2014, si è ricorso alla contrattualizzazione in attività libero-professionale di un medico Pediatra di libera scelta per la struttura complessa Pediatria di Cassino;

il 22 maggio 2014, è stata concessa autorizzazione in deroga per l'assunzione di n. 2 Neonatologi, a tempo indeterminato, da parte della Regione Lazio;

è stata richiesta una collaborazione professionale all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, formalizzata con atto convenzionale;

è stato richiesto alla AUSL di Latina il rinnovo della Convenzione per prestazioni aggiuntive, anche per personale dirigente pediatra;

dai giorni successivi al 28 luglio 2014, è stato dato mandato alla struttura complessa Risorse Umane dell'Azienda di bandire un avviso pubblico, al fine di conferire n. 3 incarichi a tempo determinato per la durata di mesi 3, eventualmente rinnovabili per ulteriori tre mesi, da assegnare:

n. 1 al Presidio Ospedaliero di Sora;

n. 2 al Presidio Ospedaliero di Cassino;

è stata effettuata la riorganizzazione dell'attività di Ortopedia dei Poli Ospedalieri, con temporaneo accompagnamento delle attività dei Poli Cassino – Sora e Alatri – Frosinone a garanzia della continuità assistenziale;

è stato assunto a tempo indeterminato un dirigente medico di Medicina Generale;

è stata richiesta autorizzazione alla Regione Lazio per il conferimento di incarichi di Direzione di Struttura Complessa.

Relativamente alla Gestione delle Liste di Attesa:

è stato stipulato un accordo con il Campus Biomedico che mette a disposizione propri « slot » di prestazioni di Diagnostica per Immagini (88 TAC e 30 RNM);

è stato approvato e trasmesso ai Poli Ospedalieri il Piano Aziendale per la Gestione delle liste di attesa.

L'AUSL di Frosinone ha predisposto anche il Piano attuativo per il governo delle liste di attesa, sulla base dei principi ispiratori di:

- 1) appropriatezza e trasparenza;
- 2) adeguamento e razionalizzazione dell'offerta;
- 3) governo della domanda.

Il Piano sarà attuato attraverso una riorganizzazione delle attività secondo mo-

delli organizzativi che prevedono la presa in carico e la gestione del paziente cronico.

L'attuazione dei Programmi Operativi regionali 2013-2015 consentirà al P.O. di Frosinone e al P.O. di Cassino di mantenere la sede del Dipartimento di emergenza e accettazione di Primo Livello e i posti letto per acuti previsti passeranno dagli attuali 863 a 943, numero che, sommato ai 391 posti letto assegnati alle case di cura private accreditate, porterebbe i posti letto, nella AUSL di Frosinone, a 1.334, con un rapporto posti letto per 1.000 abitanti pari al 2,7 per cento.

ALLEGATO 2

5-03685 Losacco: Iniziative per avviare un Piano nazionale di potenziamento del cosiddetto « Dopo di noi ».**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con l'atto parlamentare in esame, l'onorevole Losacco chiede un intervento del Governo finalizzato al potenziamento delle misure volte a garantire un futuro migliore alle persone disabili, soprattutto nel periodo di vita successivo alla scomparsa dei familiari, cosiddetti interventi per il « Dopo di noi ».

Al riguardo, voglio preliminarmente ricordare che il Ministero che rappresento sin dal 2007 ha promosso numerose iniziative volte al raggiungimento della piena inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso lo stanziamento di risorse al Fondo per le non autosufficienze, il cui obiettivo è quello di assicurare, d'intesa con le Regioni e le Province autonome, omogeneità agli interventi realizzati sui territori attraverso la progressiva costruzione di un sistema di assistenza che assicuri la piena integrazione delle prestazioni sociali con quelle sanitarie.

Faccio presente che per l'anno 2014 le risorse assegnate al predetto fondo ammontano ad euro 350 milioni ripartite alle regioni con il decreto interministeriale del 7 maggio 2014.

Nel sottolineare l'attenzione del Governo sulla questione posta dall'onorevole interrogante, segnalo che l'articolo 17, comma 8, del Disegno di legge di stabilità per il 2015 prevede un incremento dello stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, anche ai fini del finanziamento degli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, pari a 400 milioni di euro per l'anno 2015.

Pertanto, faccio presente che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali attraverso le risorse finanziarie disponibili

in raccordo con le Regioni e le Province autonome è impegnato a favorire iniziative volte al riconoscimento del diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Voglio altresì ricordare che con l'adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, il diritto ad una « Vita indipendente » costituisce un vero e proprio piano d'azione per il futuro.

Infatti ricordo che già nel 2013 sono state adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali le prime Linee Guida per la presentazione da parte di Regioni e Province Autonome di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità con un finanziamento pari a 3.200.000 a favore di 41 ambiti territoriali.

Su tali basi, in data 21 ottobre 2014 il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha pubblicato ancora una volta le Linee guida per la presentazione da parte delle Regioni e Province Autonome di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

A seguito della pubblicazione, e all'esito della valutazione dei proposte presentate, con decreto direttoriale della competente Direzione Generale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, lo scorso 3 dicembre sono stati individuati oltre 125 ambiti territoriali, tra i quali oltre 40 del

Sud Italia, ammessi al finanziamento nazionale per un importo di circa 10 milioni di euro a carico del Fondo per le non autosufficienze 2014 per la realizzazione delle iniziative volte a garantire un futuro migliore alle persone disabili.

Infine, sottolineo con soddisfazione il fatto che proprio all'interno di questa Commissione si stia lavorando in modo positivo all'esame dei diversi disegni di legge presentati sull'argomento sollevato dall'interrogazione odierna.

ALLEGATO 3

**5-03576 Capone: Situazione dei medici cosiddetti « ex stabilizzati »
presso la regione Puglia.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla questione segnalata nell'interrogazione parlamentare in esame, Vi ricordo che l'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito in legge, con modificazioni dall'articolo 1, comma 1, legge 30 ottobre 2013, n. 125, ha stabilito che, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, siano disciplinate procedure concorsuali finalizzate alla stabilizzazione di parte del personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, titolare di contratto di lavoro subordinato a tempo determinato.

Il medesimo articolo 4, comma 10, ha stabilito, altresì, che nel decreto attuativo siano previste specifiche disposizioni riguardanti « il personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, con almeno cinque anni di prestazione continuativa, ancorché non in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza ».

A tal fine, nello schema di decreto è stata prevista una specifica disposizione che disciplina la possibilità per il « personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando, fatti salvi i periodi di interruzione previsti dal decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, presso i servizi di emergenza e urgenza », degli Enti del Servizio Sanitario nazionale di partecipare ai concorsi riservati « ancorché non in possesso del diploma di specializzazione ».

I lavori per la predisposizione dello schema di decreto sono stati molto complessi, in quanto il parere delle Amministrazioni concertanti ha richiesto ulteriori approfondimenti al fine di giungere ad un testo il più possibile condiviso, in considerazione degli stringenti vincoli imposti dal legislatore.

Il testo è stato inviato dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e delle finanze per il parere finale.

ALLEGATO 4

5-03649 Gallinella: Stato delle vaccinazioni degli ovini contro il virus della « blue tongue ».**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alle questioni delineate nell'interrogazione parlamentare in esame, in via preliminare, occorre evidenziare che, per contrastare una malattia trasmessa da vettori quale la « *Blue Tongue* », oltre alla profilassi indiretta (vaccinazione), valido strumento per proteggere gli animali dalla forma clinica e per garantire in sicurezza le movimentazioni degli animali sensibili, è necessaria l'implementazione di un capillare sistema di sorveglianza, in grado di rilevare precocemente la circolazione virale, l'incursione di eventuali nuovi sierotipi, nonché valutare la competenza dei vettori, in quanto la profilassi vaccinale da sola non costituisce una garanzia per l'eradicazione ed il controllo della malattia in questione.

Va anche detto che nel corso degli anni il Ministero della salute, per fronteggiare tale epizoozia, ha adottato una serie di misure sanitarie mirate a prevenire la sua diffusione, ivi compreso l'utilizzo in emergenza dell'unico presidio immunizzante disponibile al mondo.

Il vaccino, fornito anche tramite la Commissione Europea, era della tipologia « vivo attenuato », presidio di per sé molto efficace (immunità duratura nel tempo in un'unica somministrazione), ma che presentava controindicazioni sia nelle modalità di somministrazione sia perché doveva essere utilizzato esclusivamente in un determinato periodo di tempo (entro il 30 aprile), come riportato nei vari provvedimenti del Ministero della salute.

Purtroppo, per una serie di concause, tali raccomandazioni non sono state rispettate completamente, determinando numerose segnalazioni di eventi avversi attesi, tenuto conto della tipologia di vac-

cino, e certificati dai Servizi veterinari in numero limitato (circa il 2 per cento), che avrebbero potuto essere risarciti considerato che le Ordinanze emanate di concerto con il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali lo prevedevano.

Relativamente alla situazione della malattia « *Blue Tongue* » nella Regione Sardegna, si sottolinea che quanto avvenuto per gli anni 2012-2014, ossia un picco epidemico seguito, in esito alla vaccinazione di massa, da una notevole diminuzione del numero di focolai, è esattamente sovrapponibile alle epidemie degli anni 2000-2003, durante le quali, successivamente all'impiego dei vaccini disponibili, si è assistito ad un decremento sensibile dei casi fino ad arrivare ad un « silenzio » epidemico.

Riguardo alla gestione centralizzata della materia, si ricorda che, in ragione dell'assetto di competenze tra Stato e Regioni e di quanto ribadito dalla sentenza n. 12 del 2004 della Corte Costituzionale, che ha dichiarato « che le iniziative per il contenimento della febbre catarrale degli ovini sono riconducibili alla materia di legislazione esclusiva dello Stato, attenendo alla profilassi internazionale e riguardano anche profili incidenti sulla tutela dell'ecosistema, anch'essa riservata alla legislazione statale », il Ministero della salute ha perseverato nell'esercizio dei propri compiti istituzionali, demandando, in una fase epidemiologica favorevole, alle Regioni e Province Autonome solo ed esclusivamente il compito e l'onere economico della valutazione sull'opportunità di vaccinare i propri animali sensibili, provvedendo con propri fondi

regionali, e mantenendo di fatto il ruolo di coordinamento e raccordo con l'Unione Europea.

Va anche detto che la recrudescenza dell'infezione da BTV1, a partire dal secondo semestre del 2012 ad oggi, unitamente all'inerzia decisionale di talune Amministrazioni regionali, hanno causato l'espansione della malattia su tutto il territorio nazionale, ad eccezione delle Regioni del Nord, fatte salve l'Emilia Romagna e la Liguria.

Si rammenta, inoltre, che la vaccinazione di massa nella Regione Sardegna ha avuto inizio nei primi mesi del 2014, quando ormai l'infezione aveva interessato le Regioni tirreniche per poi espandersi.

Pertanto, nelle more della ridefinizione delle strategie di contenimento della malattia, ivi compresa la valutazione della necessità di ricorrere alla vaccinazione obbligatoria sui capi sensibili, anche sulla base dell'analisi del rischio e dell'evidenza di nuove incursioni di sierotipi diversi dal BTV1, si segnala che, oltre alla Sardegna, altre Regioni hanno avviato le procedure finalizzate alla profilassi vaccinale obbligatoria del proprio patrimonio sensibile e, in ogni caso, l'approvvigionamento delle scorte di vaccino necessarie resta in capo alle singole Regioni.

Occorre precisare che, fino al 2000, la prevenzione ed il contenimento della « *Blue Tongue* » costituivano l'oggetto di un apposito Piano di Vaccinazione a livello nazionale predisposto dal Ministero della Salute, il quale provvedeva anche all'acquisto delle dosi vaccinali previste ed alla loro distribuzione alle Regioni.

A seguito del nuovo assetto delle competenze regionali, a seguito della legge costituzionale n. 3 del 2001, l'acquisto e la distribuzione delle dosi vaccinali compete alle Regioni, dopo aver verificato le proprie esigenze di copertura. Alcune Regioni, tra le quali la Sardegna, provvedono in tal senso, altre al momento non hanno disposto in proposito, pur se il Ministero della Salute continua a consigliare e a stimolare la vaccinazione.

Le aziende che producono i vaccini, per ragioni di natura commerciale (program-

mazione e contenimento dei costi) producono i vaccini esclusivamente dietro specifica richiesta delle Regioni, che pagano i lotti da esse preventivati.

Si precisa che i contributi finanziari dell'Unione Europea, ai sensi della decisione di esecuzione 2013/722/UE, recentemente modificata, potranno essere disponibili solo dopo la valutazione favorevole della Commissione Europea delle rendicontazioni delle attività svolte nel 2014, che sono previste per il 30 aprile 2015.

Da ultimo, rammento che l'articolo 44 del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, concernente il Centro Nazionale di lotta ed emergenza contro malattie animali, insediato presso il Ministero della Salute, prevede che tale Centro si avvalga dell'Unità Centrale di Crisi quale raccordo tecnico-operativo tra detto Centro Nazionale e le analoghe strutture territoriali. Componenti di detta Unità sono, tra gli altri, rappresentanti dei Ministeri della salute, delle politiche agricole e forestali, dell'interno e delle Regioni interessate.

In caso di insorgenza di malattie animali a carattere diffusivo e contagioso e di conseguenti situazioni di rischio, l'Unità assicura funzioni di indirizzo, coordinamento, ispezione e gestione degli interventi e delle misure sanitarie ritenute più appropriate al caso in esame.

In esito ai lavori dell'Unità Centrale di Crisi del 21 ottobre 2014 – durante i quali sono state esplicitate le esigenze, da parte delle Regioni, di rivedere le strategie di gestione della malattia al fine di armonizzare su tutto il territorio nazionale le misure sanitarie, ivi comprese le regole della movimentazione degli animali sensibili – sono stati individuati i diversi scenari per la vaccinazione, che necessitano dell'individuazione delle specifiche risorse economiche che non sono coperte dai capitoli di spesa ordinari.

Nell'ambito delle valutazioni tecniche, è stata presa in considerazione la possibilità di utilizzare, in deroga, un vaccino spento bivalente (BTV1-4), la cui formulazione, allo stato attuale, non è registrata in Europa, rilevato che nell'Europa balcanica è in atto un'epidemia da BTV4.

ALLEGATO 5

**Revisione della parte seconda della Costituzione. C. 2613 cost.
Governo, approvato dal Senato, e abb.**

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione (Affari sociali),

esaminato, per le parti competenza, il disegno di legge C. 2613 cost. Governo, approvato dal Senato, e abb. recante « Revisione della parte seconda della Costituzione »;

considerato che le modifiche proposte al Titolo V della Costituzione dal disegno di legge in esame sembrano ridurre l'ambito spettante alla potestà legislativa regionale rispetto alle norme costituzionali ancora in vigore, operando una riforma ad orientamento « centripeto », che per quanto concerne la materia sanitaria tenderebbe a superare le difformità esistenti fra i sistemi sanitari regionali;

espresse perplessità sulla circostanza che la nuova formulazione dell'articolo 117 sia in grado di operare una definitiva chiarezza sulla ripartizione delle competenze legislative tra Stato e regioni, in particolare per quanto riguarda la locuzione « disposizioni generali e comuni » per qualificare la competenza esclusiva statale in alcune materie tra cui la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e la sicurezza del lavoro;

rilevato che la prima parte dell'articolo 117, comma secondo, lettera *m*), si riferisce a tutti i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e non solo a quelli sanitari;

rilevato altresì che, nell'articolo 117, risulta attribuita alle regioni in via esclusiva la potestà legislativa in materia di politiche sociali, materia che invece è da considerarsi complementare rispetto a

quella della tutela della salute al fine di garantire indirizzi nazionali uniformi in temi di integrazione socio-sanitaria;

ritenuto altresì che la nuova configurazione dei poteri e delle funzioni del Parlamento e in particolare la nuova composizione del Senato impattino sulla Conferenza Stato-regioni, il cui ruolo andrà necessariamente ridefinito, al fine di evitare sovrapposizioni istituzionali in particolare nel settore sanitario;

esprime:

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti osservazioni:

a) all'articolo 117, comma secondo, lettera *m*), valuti la Commissione di merito l'opportunità di separare i due periodi, inserendo il secondo periodo relativo alle disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per la sicurezza alimentare e per la tutela e la sicurezza del lavoro in una distinta lettera da inserire dopo la lettera *m*);

b) all'articolo 117, comma secondo, lettera *m*), valuti la Commissione di merito l'opportunità di prevedere che allo Stato spetti anche la potestà legislativa esclusiva in materia di disposizioni generali e comuni per le politiche sociali;

c) valuti la Commissione di merito l'opportunità di prevedere che la clausola di supremazia di cui all'articolo 117, comma quarto, consenta in maniera esplicita allo Stato di intervenire anche quando

lo richieda la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali;

d) valuti la Commissione di merito l'opportunità di prevedere, in caso di iner-

zia dello Stato nella adozione delle disposizioni generali e comuni in materia di tutela della salute, che le regioni possano legiferare in tale materia in attesa della legge statale, al fine di evitare lacune normative.