

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Istituzione della Giornata nazionale in memoria delle vittime della strada. Nuovo testo C. 3837 Minnucci e abb. (Parere alla IX Commissione) (*Esame e rinvio*) 64

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 66

INTERROGAZIONI:

5-06336 Zolezzi: Iniziative volte ad arginare la diffusione del virus del Nilo occidentale (WNV) 66

ALLEGATO 1 (*Testo della risposta*) 68

5-06346 Pili: Sospensione delle attività relative alle urgenze notturne e festive nell'ospedale Santa Barbara di Iglesias 66

5-09599 Fedriga e 5-09624 Rizzetto: Controlli sugli operatori del servizio sanitario nazionale che operano a stretto contatto con i minori 66

ALLEGATO 2 (*Testo della risposta*) 69

COMITATO RISTRETTO:

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori. C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti 67

SEDE CONSULTIVA

Giovedì 20 ottobre 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 10.15.

Istituzione della Giornata nazionale in memoria delle vittime della strada.

Nuovo testo C. 3837 Minnucci e abb.
(Parere alla IX Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Salvatore CAPONE (PD), *relatore*, fa presente che la Commissione è chiamata ad esprimere il proprio parere alla IX Commissione sul nuovo testo della proposta di legge C. 3837, concernente l'istituzione della Giornata nazionale in memoria delle vittime della strada. Tale provvedimento si compone di un articolo unico con il quale si dispone che la Repubblica riconosce la terza domenica di novembre come Giornata nazionale delle vittime della strada. Ricorda che la terza domenica di novembre è stata riconosciuta come Giornata mondiale delle vittime della strada da parte delle Nazioni Unite con la risoluzione n. 60/5, adottata dall'Assemblea generale il 26 ottobre 2005 quale « giusto riconoscimento per le vit-

time della strada e per le loro famiglie», e gli Stati membri e la comunità internazionale sono stati invitati a riconoscerla a loro volta.

In merito al contenuto dell'articolo unico della proposta di legge in esame, evidenzia che il comma 1 prevede che in occasione della Giornata nazionale si promuova ogni iniziativa utile a migliorare la sicurezza stradale e a informare gli utenti, in particolare i giovani, sulle gravi conseguenze di modalità di guida non rispettose del codice della strada (di cui al decreto legislativo n. 285 del 30 aprile 1992). Non vengono definite modalità precise circa la diffusione di tali informazioni.

Il comma 2 prevede che in occasione della Giornata nazionale siano organizzati, in particolare nelle scuole di ogni ordine e grado, cerimonie, convegni e altri incontri pubblici finalizzati a: tenere vivo il ricordo delle vittime e manifestare la partecipazione al dolore dei feriti, delle famiglie, degli amici e delle comunità di cui le vittime facevano o fanno parte; rendere omaggio al coraggio e all'abnegazione dei componenti delle squadre di emergenza, degli operatori delle Forze di polizia e dei sanitari che quotidianamente si occupano delle conseguenze traumatiche della morte e delle lesioni causate dagli incidenti stradali; riflettere sul dolore provocato dalla morte e dal ferimento di milioni di persone nel mondo a causa di incidenti stradali; informare sulle gravi conseguenze degli incidenti stradali, anche in termini economici, per le famiglie e per le comunità; sensibilizzare, in particolare i giovani, sul valore della vita umana e sulle drammatiche condizioni in cui versano molti sopravvissuti.

Si prevede, inoltre, che la Giornata nazionale delle vittime della strada non è un giorno festivo bensì una solennità civile e che l'attuazione della proposta di legge in oggetto non determina oneri finanziari.

Ritiene che tale proposta di legge possa essere letta in connessione ai recenti dati OCSE che, pur con alcune luci, non sembrano del tutto incoraggianti sotto il profilo della sicurezza stradale nel nostro

Paese. A tali dati, che si riferiscono al 2014, si aggiungono quelli provvisori diffusi dall'ISTAT il 19 luglio 2016, che offrono un quadro informativo sugli incidenti stradali che sono accaduti nell'anno 2015. I dati OCSE si riferiscono a circa 177.000 incidenti stradali, con 3.381 persone decedute nel 2014 (quasi lo stesso numero del 2013). Tali cifre collocano l'Italia ancora al di sopra della media europea dei decessi, pur essendosi registrata, in generale, una fortissima riduzione degli incidenti stradali dal 2000 ad oggi, in particolare per quanto riguarda gli incidenti mortali. Emerge, inoltre, l'utilizzo ancora altamente insoddisfacente da parte degli Italiani dei mezzi di protezione individuale, in particolare delle cinture di sicurezza, specialmente quelle poste sui sedili posteriori, peraltro obbligatorie dal 1994. L'OCSE cita, poi, altri studi in materia, che dal 2011 al 2014 stanno tentando di monitorare il non utilizzo dei seggiolini per i bambini: si stima un non utilizzo dei seggiolini che va dal 22 per cento al 34 per cento nelle varie regioni d'Italia.

Segnala quindi che appare necessario, come emerge dai dati sinteticamente richiamati, che il tema della sicurezza stradale mantenga una posizione centrale sia rispetto all'interesse dell'opinione pubblica sia rispetto alle politiche che si intendono adottare. Sotto questo profilo, l'istituzione di una giornata dedicata alle vittime della strada, che possa portare a divulgare i dati, anche quelli meno positivi, sensibilizzando la pubblica opinione e favorendo un'ampia attività educativa, rivolta a tutti i cittadini, in particolare ai bambini e ai giovani, appare a suo avviso condivisibile.

Preannunciando, pertanto, una valutazione favorevole del provvedimento in oggetto, si riserva di predisporre una proposta di parere sulla base degli eventuali rilievi che dovessero emergere nel corso della discussione.

Donata LENZI (PD), richiamando l'attenzione della Commissione sull'elevato numero di solennità civili istituite con

legge già presenti nel nostro ordinamento, preannuncia un orientamento favorevole sul testo in esame, stante il riconoscimento della terza domenica di novembre come Giornata mondiale delle vittime della strada da parte delle Nazioni Unite, che comporterebbe comunque l'adozione di iniziative sul tema. Prospetta quindi l'opportunità che, in sede di predisposizione del parere che la Commissione è chiamata ad esprimere, si tenga in debita considerazione l'esigenza di prevedere un adeguato sistema di prevenzione e contrasto ai casi di guida in stato di ebbrezza o sotto l'uso di sostanze stupefacenti.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 10.25.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 10.25 alle 10.35.

INTERROGAZIONI

Giovedì 20 ottobre 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 10.35.

5-06336 Zolezzi: Iniziative volte ad arginare la diffusione del virus del Nilo occidentale (WNV).

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

Alberto ZOLEZZI (M5S), replicando, ringrazia il sottosegretario per la puntuale risposta, manifestando altresì preoccupazione per la diretta correlazione tra l'alto tasso di inquinamento causato da attività

umane e l'elevata diffusione di insetti vettori di malattie infettive quali, ad esempio, il virus del Nilo occidentale.

Auspica pertanto che il Ministero competente avvii tempestivamente una fase di monitoraggio di tale preoccupante fenomeno, finalizzata all'adozione di incisive misure di prevenzione.

5-06346 Pili: Sospensione delle attività relative alle urgenze notturne e festive nell'ospedale Santa Barbara di Iglesias.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che l'interrogazione in titolo, su richiesta dell'interrogante, è stata trasformata in interrogazione a risposta scritta.

5-09599 Fedriga e 5-09624 Rizzetto: Controlli sugli operatori del servizio sanitario nazionale che operano a stretto contatto con i minori.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che le interrogazioni in titolo, vertendo sulla stessa materia, saranno svolte congiuntamente.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Roberto SIMONETTI (LNA), replicando, ringrazia il sottosegretario per la dettagliata risposta, pur rilevando come la stessa non abbia chiarito alcune delle problematiche sollevate attraverso l'atto in titolo.

Anzitutto, ricorda come non risultino tuttora chiare le modalità con le quali una pediatra di Trieste abbia contratto la patologia tubercolotica. Valuta negativamente, quindi, il fatto che si stia sottovallutando la correlazione tra la crescente diffusione di talune patologie correlate e l'elevato flusso di migranti che affluisce nel territorio italiano.

Walter RIZZETTO (FdI-AN), replicando, dichiara di non potersi ritenere completamente soddisfatto della pur am-

pia risposta del sottosegretario, al quale ricorda che è di queste ore la notizia secondo la quale vi sarebbe un secondo caso di un minore che avrebbe contratto la tubercolosi.

Segnala, quindi, la mancanza di una risposta circa la richiesta di chiarimenti sui protocolli cui sono sottoposti gli operatori sanitari che operano a stretto contatto con i minori, invitando il Ministero a vigilare con attenzione e ad approfondire le modalità di contagio che hanno portato una pediatra di Trieste a contrarre la tubercolosi. Rileva al riguardo che la suddetta patologia è in crescita soprattutto tra gli addetti che operano a contatto con i migranti i quali, a suo avviso, sono sottoposti a controlli in alcuni casi piuttosto sommari.

Mario MARAZZITI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 11.

COMITATO RISTRETTO

Giovedì 20 ottobre 2016.

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori.

C. 913 Biondelli, C. 2983 Zolezzi, C. 3115 Baroni, C. 3483 Vargiu, C. 3490 Amato, C. 3555 Paola Boldrini e C. 3556 Binetti.

Il Comitato ristretto si è riunito dalle 11.20 alle 12.35.

ALLEGATO 1

5-06336 Zolezzi: Iniziative volte ad arginare la diffusione del virus del Nilo occidentale (WNV).**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il virus della West Nile (WNV) è un Flavivirus appartenente alla famiglia Flaviviridae trasmesso da insetti vettori ed attualmente presente nel territorio italiano. Si tratta di un agente zoonotico il cui ciclo biologico è caratterizzato dalla trasmissione tra zanzare ornitofile ed alcune specie di uccelli selvatici. Attraverso la puntura di zanzara il virus può passare, inoltre, dalle popolazioni aviarie ai mammiferi, incluso l'uomo. Altri mezzi di infezione documentati, anche se molto più rari, sono i trapianti di organi, le trasfusioni di sangue e la trasmissione madre-feto in gravidanza.

In Italia, il primo focolaio di malattia di West Nile (WND) è stato confermato nella tarda estate del 1998 nell'area circostante il Padulle di Fucecchio in Toscana, con alcuni casi clinici nei cavalli.

A seguito di tale rilevamento, il Ministero della Salute, dal 2002, ha attivato il Piano nazionale di sorveglianza per la WND, con l'obiettivo di rilevare l'introduzione e monitorare la circolazione del WNV sull'intero territorio nazionale. Tale Piano ha consentito di identificare nel 2008, a 10 anni di distanza dal primo focolaio, la circolazione di WNV in Emilia Romagna, Veneto e Lombardia in uccelli, mammiferi e insetti vettori. L'infezione è stata da allora segnalata ogni anno anche nell'uomo.

Dal 2008 al 2015 sono stati notificati 173 casi autoctoni di malattia neuro-invasiva da West Nile in 8 regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Basilicata, Puglia, Sardegna).

In Italia, la sorveglianza epidemiologica dei casi umani di malattia da virus West Nile è regolata da un Piano integrato. Le

attività di sorveglianza umana non sono state modificate rispetto alla scorsa stagione e prevedono che vengano individuati e segnalati casi clinici importati (tutto l'anno) e autoctoni (da giugno a ottobre) di forme cliniche neuro-invasive, nelle aree a dimostrata circolazione di WNV.

Il Piano prevede, inoltre, la sorveglianza entomologica, con l'attuazione di protocolli operativi diversificati in relazione alla presenza o meno di casi umani, basati sia sull'informazione della popolazione che su interventi ordinari di controllo con prodotti larvicidi, al fine di ridurre la presenza di focolai larvali peridomestici di zanzare, sia l'uso di adulticidi in caso di elevata densità delle zanzare.

In Italia, quest'anno, sono stati notificati due casi umani in provincia di Bologna, che hanno portato ad un rafforzamento delle misure di controllo nelle zone interessate, intensificando gli interventi di lotta anti-larvale ed effettuando interventi straordinari preventivi con adulticidi.

Sono inoltre state diramate misure preventive riguardanti i trapianti d'organo, tessuti e cellule e le trasfusioni di sangue.

Per quanto riguarda le trasfusioni di sangue, le misure preventive, che consistono in una sospensione temporanea per 28 giorni dei donatori di sangue e di emocomponenti che abbiano soggiornato anche solo per una notte nei luoghi in cui è stato riscontrato un *pool* di zanzare positive o positività in animali, sono state già estese a numerose province, incluso il Polesine (al 4 agosto 2016: Bologna, Cagliari, Carbonia-Iglesias, Cremona, Ferrara, Mantova, Modena, Parma, Piacenza, Ravenna, Reggio Emilia, Roma, Rovigo, Verona).

ALLEGATO 2

5-09599 Fedriga e 5-09624 Rizzetto: Controlli sugli operatori del servizio sanitario nazionale che operano a stretto contatto con i minori.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde congiuntamente alle interrogazioni parlamentari n. 5-09599 e n. 5-09624, attesa l'analogia della materia trattata e rappresentato quanto segue.

Grazie al funzionamento del sistema routinario di sorveglianza delle malattie infettive e al sistema di sorveglianza sindromica, attivato fin dal 2011, si può affermare che in Italia, nonostante i massicci flussi migratori irregolari, non sono stati evidenziati aumenti dell'incidenza e della prevalenza di malattie infettive che richiedono interventi di sanità pubblica.

Si precisa che la tubercolosi è una malattia endemica nel nostro Paese, anche se è una patologia relativamente rara. L'incidenza negli ultimi anni è stata inferiore a 10 casi di malattia/100.000 abitanti; nel 2015 sono stati notificati n. 3808 casi di tubercolosi con un'incidenza di 6,3 casi di malattia/100.000 abitanti; nello stesso anno i casi notificati dalla regione Friuli Venezia Giulia sono stati n. 69.

Negli ultimi anni sono emersi motivi di allarme, soprattutto nelle grandi città metropolitane, a causa del progressivo deterioramento delle condizioni di vita, non solo degli immigrati ma, in generale, delle fasce vulnerabili di popolazione: tra queste fasce vulnerabili, l'incidenza di tubercolosi è fino a 4 volte maggiore rispetto alla media nazionale, la tubercolosi multiresistente è in lento ma progressivo aumento e la proporzione di persone che completano il trattamento antitubercolare è inferiore agli *standard* definiti dall'OMS. I dati del sistema di notifica delle malattie trasmissibili indicano come l'insorgenza della malattia, tra i cittadini non italiani, si verifichi tra il primo ed il secondo anno

dall'arrivo in Italia, a testimonianza, quindi, del riacutizzarsi a causa delle disagiate condizioni di vita di infezioni pregresse, non attive al momento dell'arrivo in Italia.

Come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in relazione ai dati sulle malattie endemiche o sulle epidemie in corso nelle varie aree del mondo, nel nostro Paese vengono messe in atto misure di sorveglianza sui viaggiatori internazionali e sui mezzi di trasporto usati per il viaggio internazionale. Tali misure sono rivolte a tutti i viaggiatori internazionali, includendo in questa definizione anche i migranti irregolari.

Nel corso degli anni il Ministero della Salute ha emanato, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome, le linee guida per il controllo della tubercolosi sulla base delle indicazioni dell'OMS, mirate a promuovere la standardizzazione della terapia antitubercolare, il *follow-up* dei pazienti trattati, il miglioramento dell'accesso ai servizi e la prevenzione e controllo della TBC nelle persone venute a contatto con pazienti in fase contagiosa, nelle persone immigrate da paesi ad alta endemia e in ambito sanitario.

In data 7 febbraio 2013, è stato approvato come Accordo nella Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome il documento del Ministero della Salute «Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati». Nel documento sono esplicitati la valutazione del rischio, ai sensi del D.lgs. 81/2008 e successive modifiche, le misure di controllo della trasmissione della tubercolosi,

la sorveglianza sanitaria dell'infezione tubercolare latente e la vaccinazione. I programmi di sorveglianza per gli operatori sanitari si basano, oltre che sulla valutazione all'inizio dell'attività lavorativa e la rivalutazione periodica per infezione tubercolare, anche su una continua valutazione del rischio di trasmissione della tubercolosi a pazienti particolarmente suscettibili, mediante un attento monitoraggio dei segni e sintomi clinici compatibili con TB attiva.

Relativamente al caso di tubercolosi polmonare occorso in una pediatra, che opera presso gli ambulatori vaccinali nei Distretti 1, 2 e 3 di Trieste, l'Area promozione della salute e prevenzione della Regione Friuli Venezia Giulia ha fornito il protocollo di intervento per la profilassi antitubercolare contenente il piano di azione e le indicazioni utili alla conduzione dell'indagine sui contatti del caso e alla individuazione delle infezioni tubercolari latenti secondo le linee guida nazionali.

Il protocollo prevede il controllo di n. 3495 bambini con meno di sei anni compiuti che nell'ultimo anno (da settembre 2015) sono stati vaccinati, in presenza del caso indice, presso i predetti ambulatori.

Il piano operativo vede il coinvolgimento dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), l'Istituto IRCCS « Burlo Garofalo » e i Pediatri di libera scelta.

È stato predisposto il sistema informatico di registrazione e di comunicazione (URP, CUP e Informatica) e attivati i numeri verdi, coordinati dall'URP.

Inoltre, fino all'11 ottobre u.s. sono stati effettuati 570 test, un bambino, risultato positivo e ammalato, è ricoverato all'IRCCS per eseguire la terapia del caso e le sue condizioni risultano, attualmente, buone.

Il caso di cui parlano gli interroganti è ricoverato e le sue condizioni sono in fase di continuo miglioramento; i suoi familiari sono stati sottoposti a test Quantiferon, tre di questi sono risultati positivi e seguono accertamenti mirati.

Quanto ai contatti di lavoro con il caso della pediatra, preciso che sono stati testati e due su 13 sono risultati positivi al test Quantiferon, e vengono seguiti presso le Strutture di Pneumologia ed Infettivologia dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS).

Sia il bambino malato e ricoverato che i colleghi di lavoro non rappresentano attualmente alcun rischio di contagiosità.