

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

5-09245 Silvia Giordano: Iniziative in relazione alla sindrome di Sjögren	125
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i>	130
5-09703 Colonnese: Iniziative per vietare in sala parto pratiche pericolose come la manovra di Kristeller	126
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i>	132
5-08608 Mongiello: Rischi per la salute dei consumatori derivanti dall'utilizzo dell'olio di palma	126
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i>	134

SEDE CONSULTIVA:

Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato. Nuovo testo C. 4135 Governo, approvato dal Senato, e abb. (Parere alla XI Commissione) (<i>Esame e rinvio</i>)	126
---	-----

SEDE REFERENTE:

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale. C. 104 Binetti, C. 171 Bobba, C. 266 Fucci, C. 670 Biondelli, C. 693 Grassi, C. 3538 Patriarca e C. 3851 Miotto (<i>Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge C. 4098 Nicchi</i>).	128
--	-----

AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione di rappresentanti dell'Associazione per i diritti degli anziani (ADA), dell'Associazione nazionale tutte le età attive per la solidarietà (ANTEAS), dell'Associazione per l'invecchiamento attivo (AUSER) e di Telefono d'argento, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 104 Binetti, C. 171 Bobba, C. 266 Fucci, C. 670 Biondelli, C. 693 Grassi, C. 3538 Patriarca, C. 3851 Miotto e C. 4098 Nicchi, recanti: Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale	129
--	-----

SEDE REFERENTE:

Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari. Testo unificato C. 1142 Mantero, C. 1298 Locatelli, C. 1432 Murer, C. 2229 Roccella, C. 2264 Nicchi, C. 2996 Binetti, C. 3391 Carloni, C. 3561 Miotto, C. 3584 Nizzi, C. 3586 Fucci, C. 3596 Calabrò, C. 3599 Brignone, C. 3630 Iori, C. 3723 Marzano, C. 3730 Marazziti e C. 3970 Silvia Giordano (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	129
---	-----

INTERROGAZIONI

Mercoledì 1° marzo 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Davide Faraone.

La seduta comincia alle 14.05.

5-09245 Silvia Giordano: Iniziative in relazione alla sindrome di Sjögren.

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

Silvia GIORDANO (M5S), replicando, ricorda preliminarmente di avere presentato

l'interrogazione nel luglio del 2016, quindi prima dell'adozione del provvedimento sull'aggiornamento dei LEA, con l'auspicio che l'atto di sindacato ispettivo avrebbe potuto contribuire a una diversa classificazione della malattia. Nel ricordare le difficoltà connesse all'effettuazione di una diagnosi chiara di tale patologia, segnala che in molti casi accade che per pazienti con malattie di natura diversa si richiami la sindrome di Sjögren, con il risultato di non poterla più considerare come malattia rara. Rammenta che, in ogni caso, il suo gruppo ha presentato una proposta di legge per il superamento dell'attuale limite, che porta a considerare rara una malattia quando vi è una prevalenza inferiore a 5 casi ogni 10.000 persone.

Rilevando che il rappresentante del Governo non ha fornito risposta alle richieste di avviare uno studio epidemiologico e di istituire un registro per tale patologia, auspica che tali iniziative possano essere avviate in tempi rapidi per offrire una risposta a pazienti che si trovano in una sorta di «limbo», non rientrando la loro patologia né tra le malattie rare né tra quelle a più ampia diffusione.

5-09703 Colonnese: Iniziative per vietare in sala parto pratiche pericolose come la manovra di Kristeller.

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

Marialucia LOREFICE (M5S), cofirmataria dell'interrogazione in titolo, replicando, si rimette alla valutazione della risposta che sarà effettuata dalla prima firmataria dell'atto di sindacato ispettivo, la collega Colonnese, impossibilitata a partecipare alla seduta odierna a causa del parto recentemente avvenuto.

5-08608 Mongiello: Rischi per la salute dei consumatori derivanti dall'utilizzo dell'olio di palma.

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

Paolo BENI (PD), cofirmatario dell'interrogazione in titolo, replicando, si dichiara soddisfatto della risposta, condividendo l'impegno assunto dal Governo a mantenere alto il livello di attenzione rispetto alla problematiche oggetto dell'atto di sindacato ispettivo, in linea con quanto previsto a livello europeo, al fine di sensibilizzare produttori e consumatori sui possibili rischi connessi all'uso di determinate sostanze. Ribadisce, in conclusione, l'importanza di promuovere corrette abitudini alimentari.

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

La seduta termina alle 14.25.

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 1° marzo 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 14.25.

Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato.

Nuovo testo C. 4135 Governo, approvato dal Senato, e abb.

(Parere alla XI Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Paola BINETTI (Misto-UDC), *relatrice*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere all'XI Commissione (Lavoro pubblico e privato) il prescritto parere sul disegno di legge (collegato) n. 4135, in materia di lavoro autonomo non im-

ditoriale, già approvato dal Senato, come modificato dagli emendamenti approvati in sede referente. Il provvedimento, piuttosto articolato, si compone di 22 articoli, compresa la disposizione sull'entrata in vigore.

Entrando nel merito del contenuto, segnala che il Capo I reca diverse misure concernenti la tutela del lavoro autonomo. Per quanto riguarda specificamente le disposizioni attinenti alle materie di competenza della Commissione Affari sociali, rileva che l'articolo 6, modificato nel corso dell'esame in sede referente, reca una delega volta ad abilitare gli enti di previdenza di diritto privato relativi a professionisti iscritti ad ordini o a collegi, ad attivare, anche in forma associata, ove autorizzati dagli organi di vigilanza, oltre a prestazioni complementari di tipo previdenziale e socio-sanitario, altre prestazioni sociali, finanziate da apposita contribuzione, con particolare riferimento agli iscritti che abbiano subito una significativa riduzione del reddito professionale per ragioni non dipendenti dalla propria volontà o che siano stati colpiti da gravi patologie. Al riguardo, segnala l'opportunità di includere anche il Ministro della salute nella procedura di adozione del decreto. Nel corso dell'esame presso l'XI Commissione è stato aggiunto il comma 1-bis, che delega il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi sostanzialmente volti ad estendere, entro specifici limiti, le tutele per maternità e malattie dei lavoratori autonomi iscritti in via esclusiva alla gestione separata dell'INPS.

Segnala, quindi, l'articolo 10, modificato nel corso dell'esame in sede referente, che reca una delega al Governo per il riassetto delle disposizioni vigenti in materia di sicurezza e tutela della salute dei lavoratori applicabili agli studi professionali, prevedendo, tra i principi e criteri direttivi, l'individuazione di specifiche misure di prevenzione e protezione idonee a garantire la tutela della salute e della sicurezza delle persone che svolgono attività lavorativa negli studi professionali, con o senza retribuzione, anche al fine di apprendere un'arte, un mestiere o una

professione, e la razionalizzazione dell'apparato sanzionatorio per la violazione delle norme vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro negli studi professionali.

Richiama, inoltre, l'articolo 12, non modificato rispetto al testo approvato dal Senato che, modificando l'articolo 64, comma 2, del decreto legislativo n. 51 del 2001, elimina l'obbligo di astensione dall'attività lavorativa per potere usufruire dell'indennità di maternità nel periodo di congedo obbligatorio.

L'articolo 13, poi, introduce ulteriori misure per la tutela della maternità, della malattia e dell'infortunio. In particolare, al comma 1 si prevede che la gravidanza, la malattia o l'infortunio non comportino l'estinzione del rapporto di lavoro con il committente, in caso di attività svolta in via continuativa, stabilendo che esso rimanga sospeso, senza diritto al corrispettivo, fino a centocinquanta giorni nell'anno solare, fatto salvo il venire meno dell'interesse del committente.

Il comma 2, modificato nel corso dell'esame in sede referente, prevede che, in caso di maternità e previo consenso del committente, la lavoratrice autonoma abbia la facoltà, già riconosciuta dall'articolo 4, comma 5, del testo unico di cui al decreto legislativo n. 151 del 2001, di essere sostituita da altri lavoratori autonomi di fiducia della lavoratrice stessa, in possesso dei necessari requisiti professionali, o da soci, anche attraverso il ricorso a forme di compresenza.

Il comma 3, infine, prevede la sospensione del versamento dei contributi previdenziali e dei premi assicurativi, in caso di malattia e infortunio che impediscano per più di sessanta giorni lo svolgimento dell'attività lavorativa. La sospensione, pari alla durata della malattia, ha un'estensione massima di due anni.

Il Capo II del disegno di legge in esame reca misure volte a favorire il cosiddetto lavoro agile, allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Tra le disposizioni contenute in questo Capo, concernenti l'ambito di applicazione (ar-

articolo 15), la forma degli accordi e il recesso dagli accordi medesimi (articolo 16), il trattamento economico e normativo del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile (articolo 17), il potere di controllo e disciplinare (articolo 18), evidenzio soprattutto, in relazione alle competenze della Commissione affari sociali, quelle recate dall'articolo 19, non modificato dalla Commissione di merito, ai sensi del quale il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, consegnando annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza una informativa scritta che individua i rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro. A sua volta, il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro.

L'articolo 20, concernente l'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali, prevede, al comma 2, il diritto del lavoratore alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti dai rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dell'azienda. Ai sensi del comma 3, tale tutela si applica anche agli infortuni occorsi in itinere, durante il percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e secondo le condizioni previsti dall'articolo 2, terzo comma, del decreto del Presidente della Repubblica n. 1124 del 1965, quando il luogo sia stato scelto, secondo criteri di ragionevolezza, per esigenze connesse alla prestazione stessa o alla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

Il Capo III, infine, reca le disposizioni finali ovvero le disposizioni finanziarie e l'entrata in vigore.

Avendo, quindi, nella seduta odierna illustrato i principali contenuti del disegno di legge in esame, richiamando specificamente le disposizioni volte in qualche misura ad incidere su materie di competenza della XII Commissione, si riserva di

presentare una proposta di parere nella seduta di domani, anche alla luce delle eventuali osservazioni che dovessero emergere dalla discussione.

Mario MARAZZITI, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.40.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 1° marzo 2017. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 14.40.

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale.

C. 104 Binetti, C. 171 Bobba, C. 266 Fucci, C. 670 Biondelli, C. 693 Grassi, C. 3538 Patriarca e C. 3851 Miotto.

(Seguito dell'esame e rinvio – Abbinamento della proposta di legge C. 4098 Nicchi).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 28 settembre 2016.

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che è stata assegnata alla Commissione, in sede referente, la proposta di legge C. 4098, d'iniziativa dei deputati Nicchi ed altri: « Misure per favorire l'invecchiamento attivo della popolazione attraverso l'impiego delle persone anziane in attività di utilità sociale e iniziative di formazione permanente ».

Poiché la suddetta proposta di legge in oggetto verte su materia identica a quella delle proposte di legge in esame, la presidenza ne dispone l'abbinamento ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

Rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.45.

AUDIZIONI INFORMALI

Mercoledì 1° marzo 2017.

Audizione di rappresentanti dell'Associazione per i diritti degli anziani (ADA), dell'Associazione nazionale tutte le età attive per la solidarietà (ANTEAS), dell'Associazione per l'invecchiamento attivo (AUSER) e di Telefono d'argento, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 104 Binetti, C. 171 Bobba, C. 266 Fucci, C. 670 Biondelli, C. 693 Grassi, C. 3538 Patriarca, C. 3851 Miotto e C. 4098 Nicchi, recanti: Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale.

L'audizione informale è stata svolta dalle 14.45 alle 15.25.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 1° marzo 2017 — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 15.25.

Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari.

Testo unificato C. 1142 Mantero, C. 1298 Locatelli, C. 1432 Murer, C. 2229 Roccella, C. 2264 Nicchi, C. 2996 Binetti, C. 3391 Carloni, C. 3561 Miotto, C.

3584 Nizzi, C. 3586 Fucci, C. 3596 Calabrò, C. 3599 Brignone, C. 3630 Iori, C. 3723 Marzano, C. 3730 Marazziti e C. 3970 Silvia Giordano.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento rinviato, da ultimo, nella seduta del 23 febbraio 2017.

Mario MARAZZITI, *presidente*, ricorda che sul testo unificato risultante dagli emendamenti approvati, inviato alle Commissioni competenti in sede consultiva, per l'espressione dei rispettivi pareri, sono già pervenuti il parere favorevole, con condizione, della Commissione per le questioni regionali, e il nulla osta della VI Commissione (Finanze), mentre la VII Commissione (Cultura) ha comunicato che non esprimerà il parere.

Comunica che è appena stato trasmesso il parere della Commissione II (Giustizia).

Fa presente, quindi, che non sono ancora stati acquisiti i pareri della Commissioni I (Affari costituzionali), che dovrebbe esprimerlo nella giornata odierna, e della V Commissione (Bilancio), convocata sul punto domani.

Alla luce di ciò, propone di rinviare il seguito dell'esame alla seduta già convocata per domani.

Donata LENZI (PD), *relatrice*, conviene con la proposta del presidente.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame alla seduta prevista per il giorno successivo.

La seduta termina alle 15.30.

ALLEGATO 1

5-09245 Silvia Giordano: Iniziative in relazione alla sindrome di Sjögren.

La sindrome di Sjögren, malattia autoimmune cronica caratterizzata da una evoluzione altamente invalidante, può essere distinta in primaria, se vi è un coinvolgimento delle ghiandole esocrine («sindrome secca»); secondaria, invece, quando è associata ad altre malattie autoimmunitarie (quali, ad esempio, artrite reumatoide, morbo di Crohn ed altre).

Ciò posto, mi preme far presente che la possibilità di aggiornare l'elenco delle malattie rare di cui al decreto ministeriale n. 279 del 2001 e di includere, tra queste, la sindrome di Sjögren, viene valutata sulla base di una combinazione di criteri: alcuni di carattere clinico, quali la gravità, il livello di invalidità dei pazienti affetti, la particolare difficoltà diagnostica; altri afferiscono più propriamente alla gestione della malattia, come l'onerosità dell'assistenza; altri ancora, invece, fanno riferimento al carattere epidemiologico, ovvero al livello di prevalenza.

Sono «rare», secondo quanto previsto dal regolamento (CE) n. 141 del 2000, le malattie presenti nella popolazione di riferimento con una prevalenza non superiore a 5 casi ogni 10.000 persone.

Preciso che la sindrome di Sjögren non è attualmente ricompresa tra le malattie rare proposte per l'aggiornamento dell'allegato 1 del decreto ministeriale n. 279 del 2001; la stessa è, invece, riconosciuta come malattia cronica invalidante, ai sensi del decreto ministeriale n. 296 del 2001, ed è, pertanto, soggetta all'esenzione per le principali prestazioni sanitarie correlate (codice di esenzione 030).

Le stime di prevalenza della sindrome di Sjögren, considerata come entità clinica autonoma, risultano al di sopra della soglia che permette di determinare la rarità di una patologia, come già documentato nella relazione del 2009 dell'Istituto Superiore di Sanità (CNMR).

Tale assunto è, d'altro canto, confortato anche dal parere che il Consiglio superiore di sanità ha fornito nella seduta del 6 ottobre 2009.

Per questa ragione, la sindrome in questione non è inserita tra le malattie rare, ma tra le malattie croniche invalidanti che, come già evidenziato, danno, comunque, diritto all'esenzione per le prestazioni sanitarie.

Ad ogni modo, ritengo opportuno precisare che l'eventuale inserimento della Sindrome di Sjögren nell'elenco delle malattie rare non risolverebbe comunque il problema dell'erogazione dei farmaci in fascia C) e dei prodotti non classificati come farmaci, in quanto il diritto alla gratuità delle prestazioni sanitarie per le persone affette da malattia rara non riguarda l'assistenza farmaceutica ma le prestazioni sulle quali il cittadino non esente paga la quota di partecipazione al costo (ticket), vale a dire essenzialmente l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Per quanto concerne, poi, l'opportunità di avviare un piano di informazione e formazione degli operatori sanitari, ricordo che lo Stato e le regioni garantiscono, attraverso il sistema ECM, l'aggiornamento professionale e la formazione continua dei professionisti sanitari per migliorare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle cure.

In tale contesto, le tematiche individuate a livello nazionale e regionale vengono declinate anche a livello locale in obiettivi e progetti formativi mirati per i singoli operatori.

Nell'ambito di tale complesso sistema, vengono, pertanto, organizzati specifici eventi anche in materia di sindrome di Sjögren, al fine di formare ed aggiornare il personale sanitario.

ALLEGATO 2

5-09703 Colonnese: Iniziative per vietare in sala parto pratiche pericolose come la manovra di Kristeller.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi ha rappresentato che – sulla base della ricostruzione dei fatti richiesta e fornita dai professionisti delle strutture interessate – la signora Casali, dopo aver partorito naturalmente nel primissimo mattino del 2 ottobre, ha avuto un decorso regolare del *post partum*. Solo successivamente sono comparsi dei dolori addominali, dovuti ad un sanguinamento addominale, affrontato tempestivamente con intervento chirurgico, nel corso del quale è stata riscontrata la rottura della milza, in seguito asportata. La signora è stata, quindi, inviata in Terapia Intensiva, dove le sue condizioni sono progressivamente migliorate nel corso della giornata. Nelle prime ore del giorno successivo, il 3 ottobre, a seguito di un nuovo ed improvviso peggioramento, è stato effettuato un secondo intervento chirurgico che ha evidenziato un ulteriore sanguinamento addominale, nel corso del quale la paziente è deceduta. A seguito del decesso, i sanitari hanno chiesto l'esecuzione di un riscontro diagnostico, successivamente sospeso per l'intervento dell'Autorità Giudiziaria. Il mattino successivo all'evento, a poche ore dal decesso, è stata effettuata una ricostruzione dei fatti con tutti i professionisti coinvolti, la Direzione Sanitaria, la Direzione di Dipartimento e la struttura del Rischio Clinico Aziendale, in occasione della quale non è risultata, sulla base di quanto asserito dai predetti professionisti, essere stata praticata alcuna manovra di Kristeller, essendosi il parto svolto in maniera totalmente spontanea.

Devo precisare che la manovra di Kristeller è una antica manovra che può facilitare la nascita del feto durante la seconda fase del travaglio; essa, peraltro, è una manovra non bandita dalle società scientifiche internazionali di riferimento e, secondo quanto riferito dall'Azienda medesima, presso il punto nascita di Careggi può essere ancora eseguita da parte di personale esperto solo in taluni casi selezionati.

L'AOU in questione ha sottolineato che tutte le fasi di approfondimento sopra citate sono state preventivamente e puntualmente concordate con il Settore di Coordinamento Regionale del Rischio Clinico e che la segnalazione rispetto al caso è stata inserita tempestivamente nel *Reporting and Learning System*.

Ad ogni buon conto, l'Azienda ha evidenziato di aver attivato, già nel corso dei mesi di maggio, giugno e luglio 2016, un proprio percorso di miglioramento sotto il coordinamento del settore di Gestione del Rischio Clinico Regionale, condotto tramite analisi con FMEA, e coinvolgendo tutte le professionalità implicate nel percorso nascita. A questa analisi hanno partecipato anche professionisti provenienti da altre regioni, individuati e coordinati dalla Struttura del Rischio Clinico Regionale, i quali hanno contribuito a verificare ed approfondire le attuali modalità organizzative relative ai principali processi di presa in carico, continuità assistenziale e procedure chirurgiche relative al percorso ostetrico, condividendo le relative ipotesi di miglioramento. Da tali iniziative è scaturito un documento che definisce specifici

obiettivi di miglioramento, quali la redazione di nuove procedure organizzative, l'effettuazione di interventi formativi specifici, la realizzazione di interventi strutturali e l'acquisizione di personale. I principali interventi previsti sono stati recepiti con provvedimento aziendale e sono stati in parte già effettuati mentre altri sono in corso di realizzazione, strettamente e costantemente monitorati dalla Direzione Aziendale e sottoposti a periodica rivalutazione da parte della struttura di coordinamento Regionale del Rischio Clinico.

Premesso quanto sopra, ritengo opportuno precisare che il presidio di Careggi, facente parte della rete dei punti nascita della regione Toscana, rientra tra le strutture partecipanti al sistema di sorveglianza della mortalità materna nonché nel « Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale » attivato nel decorso mese di febbraio con il coordinamento dell'ISS e il finanziamento dalle Azioni Centrali del Ministero della Salute.

Il Sistema di Sorveglianza della mortalità materna, coordinato dall'ISS, è nato con 6 regioni che coprivano sì il 49 per cento dei nati nel Paese — come riferito dagli onorevoli interroganti — ma che negli anni si è esteso arrivando a coinvolgere otto regioni (Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) che coprono il 73 per cento dei nati del Paese.

Colgo l'occasione per comunicare a tutti Voi che l'estensione della sorveglianza all'intero territorio nazionale sarà possibile a seguito della conclusione del procedimento di adozione del decreto del Presidente della Repubblica finalizzato all'istituzione di registri e sorveglianze di interesse nazionale, che garantirà un finanziamento *ad hoc*. L'esperienza maturata ad oggi nelle otto regioni italiane coinvolte nella sorveglianza evidenzia come il patrimonio informativo a disposizione collochi il nostro Paese tra quelli più avanzati nel campo della registrazione e del monitoraggio della mortalità materna. Le informazioni raccolte hanno prodotto stime affidabili del fenomeno rilevando negli anni 2006-2012 una sottostima del 61 per cento rispetto al dato Istat; inoltre, il rapporto di mortalità materna stimato nelle regioni partecipanti è pari a 9 decessi ogni 100.000 nati vivi che ci pone in linea con i migliori livelli europei.

Devo rimarcare, infine, come il sistema, grazie all'istituzione di una rete di tutti i punti nascita e al coinvolgimento attivo e partecipato dei professionisti sanitari, sia riuscito a promuovere e facilitare la diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza, anche attraverso l'aggiornamento continuo dei professionisti coinvolti nell'assistenza alla gravidanza e al parto.

ALLEGATO 3

5-08608 Mongiello: Rischi per la salute dei consumatori derivanti dall'utilizzo dell'olio di palma.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento all'interrogazione in esame, mi preme, preliminarmente precisare che l'EFSA ha reso un parere « sui rischi per la salute umana associati alla presenza di 2- e 3-MCPD, dei 2- e 3-MCPD esteri e dei glicidil esteri (GE) negli alimenti ». Tali sostanze sono identificate come contaminanti di processo in quanto si formano durante le lavorazioni alimentari, in particolare quando gli oli vegetali vengono raffinati (ad esempio, deodorati) ad alte temperature (circa 200° C).

L'EFSA ha evidenziato che i livelli più elevati di GE e di 2- e 3-MCPD (inclusi gli esteri) sono stati riscontrati nella categoria dei grassi/oli vegetali, soprattutto in quelli di palma, ma ha precisato che anche altri oli vegetali e margarine ne contengono. La contaminazione interessa anche altri gruppi alimentari contenenti grassi/oli vegetali raffinati come ingredienti, quali patatine, dolci da forno, biscotti, alimenti per l'infanzia.

Dunque l'olio di palma, anche se rappresenta una delle principali fonti di esposizione a queste sostanze indesiderate, non è certamente l'unico motivo di preoccupazione per la salute dei consumatori.

Alla luce di tali risultanze, il Ministero della salute, al fine di valutare l'eventuale necessità di procedere all'adozione di misure finalizzate alla tutela della salute dei consumatori di tutte le età, si è prontamente attivato nell'ottica di una più ampia gestione del rischio, ritenendo che il ricorso a strumenti comunitari – anche attraverso la sensibilizzazione del settore

produttivo – costituisca un approccio realmente tutelante ed omogeneo in tutto il territorio dell'Unione europea.

A fronte della valutazione del rischio effettuata dall'EFSA, la questione relativa alla presenza negli alimenti del 2- e 3-MCPD (forme libere e loro esteri) e dei GE è stata immediatamente affrontata in Commissione europea, nell'ambito del Gruppo di esperti sui contaminanti ambientali e industriali, dando seguito anche alla richiesta del Ministro della salute di un pronto intervento a livello europeo per tutelare la salute dei cittadini comunitari e, al contempo, di considerare l'adozione di eventuali misure sulla produzione alimentare.

Nelle prime discussioni, la Commissione europea ha evidenziato la disponibilità dell'intero settore industriale oleario a collaborare per prevenire/ridurre la presenza di queste sostanze in tutti i grassi/oli raffinati, nonché l'impegno concreto assunto dall'industria olearia della UE di assicurare, a decorrere da settembre 2017, un livello massimo di 1,0 ppm di GE in tutti i grassi/oli vegetali raffinati per uso alimentare e, nel contempo, di continuare ad implementare tutte le misure di prevenzione e riduzione per gli MCPD esteri.

Anche l'EFSA ha rivelato che i livelli di GE nel settore dei grassi/oli di palma si sono dimezzati tra il 2010 e il 2015, grazie alle misure volontarie adottate dai produttori. Ciò ha contribuito a un calo importante nella esposizione dei consumatori a queste sostanze.

Attualmente, in sede di Commissione europea, sono all'esame diverse misure di

gestione dei possibili rischi associati all'esposizione dei consumatori agli esteri dell'MCPD e del glicidolo, quali l'intensificazione del monitoraggio della presenza dei questi contaminanti negli alimenti, l'elaborazione e l'implementazione di linee guida di prevenzione/riduzione (Toolbox), la fissazione di tenori massimi per il 3-MCPD e i GE negli alimenti che rappresentano le principali fonti di esposizione per i consumatori.

In conclusione, considerato che tali contaminanti sono agenti cancerogeni e che per alcuni ci sono anche sufficienti evidenze di genotossicità, il Ministero della salute mantiene un elevato livello di attenzione e di attività sulla presenza di questi contaminanti negli alimenti, sia in ambito nazionale che in ambito comunitario, attraverso la collaborazione con gli Istituti scientifici nazionali e la partecipazione ai gruppi di lavoro degli esperti UE sui contaminanti negli alimenti.

Ciò posto, si ritiene che, allo stato attuale, le azioni assunte a livello di Unione europea non renda necessaria l'assunzione di ulteriori azioni in ambito nazionale.

Per quel che concerne gli aspetti nutrizionali, ritengo doveroso, comunque, far presente che il Ministero della salute si impegna attivamente in iniziative *ad hoc* per affrontare i problemi connessi con gli stili di vita non corretti, collaborando con altri dicasteri, coinvolgendo imprese e consumatori e muovendosi nella direzione dell'intersettorialità.

In questo senso, particolare importanza assumono a livello OMS e UE la *Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020* (OMS), e « *The EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* » che hanno l'obiettivo principale di favorire un'azione decisiva per affrontare questioni comuni

come l'obesità infantile, l'assunzione di grassi, zuccheri e sale, le politiche economiche e le disuguaglianze sociali.

Il Ministero della salute ha, inoltre, adottato le seguenti, ulteriori misure a tutela del benessere complessivo della comunità:

« Linee di indirizzo per la comunicazione commerciale relativa ai prodotti alimentari e alle bevande, a tutela dei bambini e della loro corretta alimentazione »: si tratta di misure decisive per ridurre la pressione del *marketing* alimentare rivolto ai bambini per quanto riguarda i cibi ad alto contenuto energetico, grassi saturi, acidi grassi trans, zuccheri o sale. La tutela del consumatore ha rappresentato la principale motivazione per definire un documento che mira ad esplicitare buone pratiche e trasmettere all'esterno il sistema di valori e il modo di essere e di agire delle imprese più sensibili.

« Obiettivi condivisi per il miglioramento delle caratteristiche nutrizionali dei prodotti alimentari con particolare attenzione alla popolazione infantile (3-12 anni) ». In questo contesto significativo, mi piace rimarcare il forte impegno registrato anche da parte dell'industria, che ha condiviso obiettivi di riduzione dei grassi saturi, zuccheri, sale, al fine di migliorare lo stato nutrizionale della popolazione infantile, contrastare l'aumento di sovrappeso e obesità e, più in generale, delle patologie croniche degenerative.

Concludendo sul punto, si può affermare che la promozione di norme di autodisciplina del settore produttivo, in termini di pubblicità di alimenti ad alto contenuto energetico destinati a bambini e ragazzi, unita ad una idonea collaborazione dell'industria alimentare con i referenti istituzionali, può contribuire a realizzare una efficace strategia globale di lotta all'obesità.