

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

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

##### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-05953 Mariano: Tutela dei lavoratori dal rischio amianto nella regione Puglia .....	170
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i> .....	178
5-05952 Borghese: Revisione degli <i>standard</i> fissati nell'accordo Stato-regioni del 2010 in relazione ai punti nascita nelle zone montane e disagiate .....	171
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	179
5-05954 Ciraci: Finanziamento della ricerca sulla gangliosidosi GM1 .....	171
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	181
5-05955 Calabrò: Situazione di emergenza nelle strutture di pronto soccorso della regione Campania .....	171
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i> .....	182
<b>INTERROGAZIONI:</b>	
5-03841 Loreface: Disponibilità del vaccino tetravalente .....	172
<i>ALLEGATO 5 (Testo della risposta)</i> .....	183
<b>SEDE REFERENTE:</b>	
Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie. C. 2985, approvata, in un testo unificato, dalla 12 <sup>a</sup> Commissione permanente del Senato, C. 143 Biondelli, C. 1167 Faraone, C. 2288 Argentin e C. 2819 Calabrò ( <i>Seguito dell'esame e conclusione</i> ) .....	172
Norme per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale. C. 3057 Gadda ( <i>Esame e rinvio</i> ) .....	173
<b>AVVERTENZA</b> .....	177

##### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

*Giovedì 2 luglio 2015. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Vito De Filippo.*

##### **La seduta comincia alle 13.20.**

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle

sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

**5-05953 Mariano: Tutela dei lavoratori dal rischio amianto nella regione Puglia.**

Elisa MARIANO (PD) rinuncia ad illustrare l'interrogazione in titolo.

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

Elisa MARIANO (PD), replicando, ringrazia il sottosegretario De Filippo per la risposta, che conferma le inadempienze della regione Puglia e l'utilità dell'atto di sindacato ispettivo in ragione dei dati che confermano una maggiore incidenza per alcuni tumori nelle province di Brindisi e Taranto, ed esprime soddisfazione per gli impegni assunti dal Governo.

Sottolinea che occorre garantire una maggiore uniformità delle prestazioni a livello regionale ed una maggiore attenzione sulle azioni preventive.

**5-05952 Borghese: Revisione degli standard fissati nell'accordo Stato-regioni del 2010 in relazione ai punti nascita nelle zone montane e disagiate.**

Mauro OTTOBRE (Misto-Min.Ling.), illustra l'interrogazione in titolo di cui è cofirmatario.

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

Mauro OTTOBRE (Misto-Min.Ling.), replicando, ringrazia il rappresentante del Governo per la precisione della risposta che, a suo avviso, può offrire un chiarimento definitivo sul tema oggetto dell'interrogazione.

**5-05954 Ciraci: Finanziamento della ricerca sulla gangliosidosi GM1.**

Nicola CIRACÌ (FI-PdL) illustra l'interrogazione in titolo.

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

Nicola CIRACÌ (FI-PdL), replicando, si dichiara soddisfatto della qualità della risposta, pur rammaricandosi dell'assenza

di finanziamenti per la ricerca sulla gangliosidosi GM1.

**5-05955 Calabrò: Situazione di emergenza nelle strutture di pronto soccorso della regione Campania.**

Raffaele CALABRÒ (AP) illustra l'interrogazione in titolo.

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

Raffaele CALABRÒ (AP), replicando, rileva che dalla risposta emerge l'intenzione di effettuare un giusto approfondimento sui casi segnalati nell'interrogazione, pur osservando che la gravità della situazione appare già testimoniata dalle 30 aggressioni fisiche verificatisi dall'inizio dell'anno in Campania nelle strutture di pronto soccorso.

Concorda sulla opportunità di migliorare la logistica, l'organizzazione e la formazione ma sottolinea che attualmente il personale è sottoposto ad un carico di lavoro troppo gravoso e che anche le deroghe al blocco del *turnover* appaiono insufficienti a causa dell'enorme numero di pensionamenti senza sostituzione nei decenni passati. Nel complesso si dichiara parzialmente soddisfatto della risposta.

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

**La seduta termina alle 14.**

#### INTERROGAZIONI

*Giovedì 2 luglio 2015. — Presidenza del presidente Pierpaolo Vargiu. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Vito De Filippo.*

**La seduta comincia alle 14.**

**5-03841 Lorefice: Disponibilità del vaccino tetravalente.**

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Marialucia LOREFICE (M5S), replicando, si dichiara insoddisfatta del risposta, ribadendo che l'interrogazione non si prefigge lo scopo di mettere in discussione la validità dello strumento della vaccinazione ma solo quello di assicurare a tutti i cittadini la più ampia informazione per effettuare scelte consapevoli, tenendo conto che al momento è obbligatoria la vaccinazione solo per quattro delle sei malattie coperte dal vaccino esavalente. Ricorda in proposito che il vaccino tetravalente è disponibile solo su richiesta e deve essere importato dall'estero, con un inutile aggravio di costi.

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

**La seduta termina alle 14.10.****SEDE REFERENTE**

*Giovedì 2 luglio 2015. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Vito De Filippo.*

**La seduta comincia alle 14.10.**

**Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie.**

**C. 2985, approvata, in un testo unificato, dalla 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato, C. 143 Biondelli, C. 1167 Faraone, C. 2288 Argentin e C. 2819 Calabrò.**

*(Seguito dell'esame e conclusione).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 24 giugno 2015.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che il nuovo testo della proposta di legge, risultante dagli emendamenti approvati, è stato trasmesso alle Commissioni competenti in sede consultiva per l'espressione del parere e che sono pervenuti i seguenti pareri: parere favorevole della I Commissione, nulla osta della II Commissione, parere favorevole della V Commissione, nulla osta della VII Commissione, parere favorevole della XI Commissione, nulla osta della XIV Commissione e parere favorevole con condizione della Commissione per le questioni regionali.

Ricorda, poi, che il provvedimento è iscritto nel calendario dei lavori dell'Assemblea a partire da lunedì 6 luglio; pertanto nella seduta odierna la Commissione dovrà concludere l'esame in sede referente.

Paola BINETTI (AP), *relatrice*, prende atto della condizione posta dalla Commissione per le questioni regionali, che richiede di dotare le regioni di risorse adeguate, giudicandola non recepitibile, e segnala che in caso di recepimento potrebbe venir meno il parere favorevole della Commissione bilancio. Ricorda che l'impostazione del provvedimento è quella di assicurare una risposta più organica sulla base delle risorse già esistenti.

Sia augura che in Assemblea possa svolgersi un confronto sereno e positivo che risponda alle attese di numerose famiglie ed offra loro una sorta di solidarietà istituzionale.

Silvia GIORDANO (M5S) sottolinea che la Commissione affari sociali dovrebbe assumersi le proprie responsabilità e recepire il parere della Commissione per le questioni regionali, lasciando alla Commissione competente la valutazione sulle possibili ripercussioni sul bilancio statale.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la relatrice Binetti ha già espresso la

sua valutazione sulla non opportunità di recepire la condizione posta dalla Commissione per le questioni regionali.

Donata LENZI (PD), nel ringraziare la relatrice per il lavoro svolto e ricordando le difficoltà connesse alla complessità del tema e al dover esaminare un testo già approvato nell'altro ramo del Parlamento, ricorda che la Commissione per le questioni regionali invita ad assicurare risorse adeguate per le nuove funzioni attribuite alle regioni in materia di autismo. Ritiene che tale richieste non tenga conto del fatto che il testo approvato dalla Commissione lega il miglioramento dei servizi offerti alle persone autistiche all'introduzione dei nuovi LEA e alle risorse previste dal Patto per la salute. In tal modo si potrà conseguire l'obiettivo prefissato senza la previsione di risorse aggiuntive.

Marisa NICCHI (SEL) rileva che dall'intervento della collega Lenzi appare che la Commissione per le questioni regionali non ha valutato correttamente il testo in esame.

Paola BINETTI (AP), *relatrice*, ribadisce che con l'approvazione dei nuovi LEA saranno garantite le risorse per un miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazioni offerte.

La Commissione delibera di conferire il mandato al relatore, on. Paola Binetti, di riferire in senso favorevole all'Assemblea sul provvedimento in esame. Delibera altresì di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, si riserva di designare i componenti del Comitato dei nove sulla base delle indicazioni dei gruppi.

**Norme per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale. C. 3057 Gadda.**

*(Esame e rinvio).*

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che la Commissione inizia oggi l'esame, in sede referente, della proposta di legge sulle Norme per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale (C. 3057 Gadda).

Marisa NICCHI (SEL) preannuncia la presentazione di una proposta di legge vertente sulla stessa materia da parte del suo gruppo.

Maria Chiara GADDA (PD) fa presente che la Commissione è chiamata ad esaminare il testo del progetto di legge recante norme per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale.

Expo Milano 2015 e il Protocollo « Carta di Milano » rappresentano una occasione irripetibile per sensibilizzare l'opinione pubblica su temi così rilevanti, che mirano a favorire lo sviluppo sostenibile e la coesione sociale del nostro Paese.

Il Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, ha definito lo spreco « un insulto alla società e al bene comune ».

Lo sperpero, che diventa rifiuto e che ha un costo per l'intera collettività, comporta a sua volta un dispendio di risorse naturali e idriche utilizzate per la produzione, consumo di concimi e fertilizzanti, e soprattutto emissioni di anidride carbonica ad ogni livello della filiera, dalla produzione, fino alla distribuzione e al consumo.

Allo stesso tempo, i dati preoccupanti che riguardano l'aumento della povertà e la cattiva alimentazione, invitano a riconsiderare i modelli di consumo e facilitare la transizione verso una « economia circolare »: un modello che pone al centro la sostenibilità del sistema.

Per queste ragioni è fondamentale che si assumano impegni concreti anche a livello legislativo.

La scelta di avviare in tempi rapidi la discussione in Commissione della presente proposta di legge, è segnale importante di

una politica che decide di porsi all'ascolto delle esigenze dei cittadini e che è in grado di interpretare le sfide del nostro tempo.

Le norme, che saranno oggetto del nostro dibattito, si pongono l'obiettivo ambizioso di dare centralità al tema della sostenibilità, da un lato contribuendo alla riduzione degli impatti negativi sull'ambiente riducendo la quantità dei rifiuti con attività di prevenzione ed estensione del ciclo di vita dei prodotti, e dall'altro favorendo il recupero e la donazione delle eccedenze – in particolare alimentari – ai fini di solidarietà sociale.

Il testo, a partire dall'analisi delle innumerevoli buone pratiche già diffuse sul territorio nazionale, raccoglie l'esigenza di offrire strumenti nuovi per monitorare gli sprechi, facilitare la cessione delle eccedenze, promuovere processi produttivi innovativi a minore impatto ambientale, semplificare le procedure burocratiche ed incentivare economicamente la cessione dell'invenduto.

Il progetto di legge è composto da 15 articoli ed è suddiviso in 5 capi.

Il Capo I « Finalità », che comprende il solo articolo 1, illustra le finalità del provvedimento, tra le quali dare piena attuazione alla direttiva 2008/98/CE, al Programma nazionale di prevenzione dei rifiuti e al Piano nazionale di Prevenzione dello spreco alimentare. Inoltre, al fine di promuovere una transizione verso un'economia circolare, il provvedimento persegue i seguenti obiettivi:

a) contribuire alla riduzione degli impatti negativi sull'ambiente e sulle risorse naturali, riducendo la quantità di rifiuti;

b) incentivare cambiamenti nei modelli di produzione industriale mediante l'adozione di nuove modalità organizzative e produttive e le innovazioni nel design dei prodotti;

c) favorire il recupero e la donazione dei prodotti invenduti a fini di solidarietà sociale;

d) contribuire al raggiungimento degli obiettivi generali stabiliti dal Programma

nazionale di prevenzione dei rifiuti e dal Piano nazionale di prevenzione dello spreco alimentare e degli obiettivi di riduzione dello smaltimento in discarica dei rifiuti biodegradabili;

e) contribuire ad attività di ricerca, informazione e sensibilizzazione dei cittadini e delle istituzioni sulla limitazione degli sprechi e l'uso consapevole delle risorse.

Per quanto riguarda l'attuazione della direttiva quadro sui rifiuti (direttiva 2008/98/CE), che ha dettato una serie di rilevanti disposizioni in materia di prevenzione e gestione dei rifiuti, si ricorda che è stata recepita attraverso modifiche al Codice dell'ambiente (D.Lgs. 152/2006). In attuazione dell'articolo 29 di tale direttiva, è stato emanato il decreto 7 ottobre 2013 di approvazione del Programma Nazionale di Prevenzione dei Rifiuti (PNPR), che fissa gli obiettivi di prevenzione al 2020 rispetto ai valori registrati nel 2010.

Il Capo II « Misure di semplificazione e di implementazione per la limitazione degli sprechi », artt. 2-9, prevede alcune norme di semplificazione della cessione, a fini di beneficenza, dei prodotti non più adatti alla vendita o rimasti invenduti e detta disposizioni per definire in maniera univoca gli *standard* e le condizioni utili a consentire l'ulteriore trasformazione dei prodotti alimentari ad alta deperibilità ritirati dal mercato o invendibili per destinarli al consumo umano o animale.

In particolare, l'articolo 2, recante modifiche alla legge 25 giugno 2003, n. 155, cosiddetto « del buon samaritano », innanzitutto amplia la platea dei soggetti autorizzati a effettuare le distribuzioni gratuite e le categorie dei prodotti che possono essere cedute gratuitamente agli indigenti. Oltre alle Onlus, divengono soggetti autorizzati alla distribuzione gratuita equiparandoli, nei limiti del servizio prestato, ai consumatori finali, ai fini del corretto stato di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo degli stessi:

1. le farmacie e le parafarmacie;

2. gli esercizi commerciali di cui all'articolo 5, co. 1, del decreto-legge n. 223 del 2006 e le grandi strutture di vendita (GDO);

3. i negozi di vendita al dettaglio;

4. gli esercizi di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande;

5. i comitati di soccorso o di beneficenza e i comitati promotori di opere pubbliche;

6. i comuni.

Anche le categorie di prodotti che possono essere distribuiti vengono ampliate, prevedendo che insieme ai prodotti alimentari, possano essere distribuiti: i prodotti per l'igiene o la pulizia della casa o della persona; i prodotti di abbigliamento; i giocattoli; i farmaci; i prodotti destinati all'alimentazione e all'igiene degli animali.

L'articolo 3 legittima, per soli fini benefici, la cessione di prodotti il cui termine minimo di conservazione sia superato da un tempo non superiore a trenta giorni, purché sia indicato il tempo utile di consumo. Si sottolinea che il tempo utile di consumo è una dicitura non prevista dal D. Lgs. 109/1992 e che attualmente non appare quindi sulle etichette dei prodotti alimentari. Il contenuto dell'articolo potrebbe pertanto essere approfondito nel corso del dibattito in commissione.

Con riferimento alla cessione dei prodotti alimentari invenduti, l'articolo 4 prevede che i prodotti alimentari (prodotti ortofrutticoli, frutta secca e funghi secchi; carni; salumi, latticini, prodotti di gastronomia anche in atmosfera protetta nonché pane e prodotti di pasticceria, ad esclusione per il momento di quelli contenenti panna o creme, da approfondire in sede di dibattito) che costituiscono rimanenze di attività promozionali, stagionali, con data di scadenza prossima, alimentari invenduti, il cui termine minimo di conservazione sia stato superato da non più di trenta giorni, e per i quali sia indicato il tempo utile di consumo; rimanenze di test e lanci di nuovi prodotti; prodotti invenduti a causa di eventi meteorologici im-

previsti e sfavorevoli. Sono esclusi i superalcolici e i prodotti di pescheria freschi. I prodotti alimentari ritirati dalla vendita in quanto non più conformi ai requisiti aziendali, ma ancora idonei all'alimentazione umana e animale dal punto di vista igienico-sanitario possono essere ceduti ad associazioni senza fini di lucro e ai comitati di cui all'articolo 39 del codice civile che effettuano la raccolta di alimenti per soli fini benefici o per il sostegno vitale di animali a titolo gratuito.

L'articolo 5 disciplina le modalità con cui i prodotti vengono ritirati dalla vendita e successivamente selezionati come prodotti ancora idonei al consumo umano o come prodotti non più idonei al consumo umano, e quindi utilizzabili per l'alimentazione degli animali, o da destinare alla restituzione o allo smaltimento. Ogni esercizio commerciale o ogni reparto della grande distribuzione deve prevedere, laddove non già previsto nelle procedure aziendali, e attraverso personale appositamente formato, alla selezione e opportuno immagazzinamento dei prodotti invenduti, immediatamente dopo il loro ritiro dalla vendita. I prodotti selezionati sono subito depositati in un'area apposita del magazzino o in una cella frigorifera identificata con la dicitura « prodotti destinati al progetto alimentare invenduti ».

In base al successivo articolo 6 i soggetti donatori individuano il personale da formare sugli adempimenti e sulle procedure da seguire per il recupero dei prodotti alimentari invenduti. Nello specifico, ogni punto vendita deve presentare al comune un piano di autocontrollo redatto secondo i requisiti di cui alla tabella A allegata al provvedimento in esame. La tabella A indica per i diversi reparti i requisiti di etichettatura dei prodotti, le modalità con cui questi devono essere confezionati e come devono presentarsi.

L'articolo 7 demanda al Ministero della salute, che vi provvede con regolamento entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento, la definizione univoca degli standard e delle condizioni migliori per trasformare i prodotti alimentari ad alta deperibilità ritirati dal mer-

cato o invendibili in prodotti destinati all'alimentazione umana o animale, mentre entro 60 giorni il medesimo Ministero, in base all'articolo 8, dovrà stabilire le linee guida nazionali sui requisiti minimi igienico-sanitari necessari per la cessione gratuita dei prodotti di cui alla legge 155/2003, dei prodotti ancora edibili e dei prodotti invenduti.

Inoltre sempre nel capo II occorre segnalare l'articolo 9, che istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'ambiente, il Fondo nazionale per la ricerca scientifica finalizzata alla limitazione degli sprechi di risorse naturali, con una dotazione iniziale pari a 10 milioni di euro per l'anno 2016. Per gli anni successivi al 2016 la dotazione del Fondo è demandata alla legge di stabilità.

Il Capo III Semplificazioni in materia fiscale, con l'articolo 10 apporta alcune modifiche alla disciplina degli adempimenti connessi alla cessione dei prodotti a fini benefici, affinché si possa godere delle agevolazioni fiscali relative ad IVA e imposte dirette, e ne coordina l'applicazione con le modifiche introdotte alla legge 155/2003. Per quanto riguarda l'IVA, è elevata a 15.000 euro la soglia di valore oltre la quale vige l'obbligo di alcuni adempimenti di documentazione e comunicazione, peraltro semplificati, relativi alla cessione agevolata di prodotti a fini benefici e alle ONLUS. Il comma 4 interviene sulla disciplina delle cessioni gratuite di beni alle ONLUS ai fini delle imposte dirette, prevedendo un trattamento fiscale vantaggioso, subordinato al rispetto di adempimenti formali; in altre parole, il valore normale dei beni così ceduti non viene considerato tra i ricavi dell'impresa stessa e dunque non è tassato come tale.

Il Capo IV Incentivi fiscali, artt. 11-14, prevede incentivi fiscali per sostenere e promuovere la limitazione degli sprechi favorendo l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale. Più in particolare, l'articolo 11 interviene in materia di tassazione sui rifiuti, introducendo un nuovo coefficiente di riduzione della TARES per le utenze non domestiche, secondo un coefficiente determinato dal-

l'ente locale senza oneri per la finanza pubblica, proporzionale alla quantità di prodotti alimentari che si dimostri di aver ceduto allo scopo di distribuzione a fini di solidarietà sociale.

L'articolo 12 riconosce un credito d'imposta per le piccole e medie imprese del settore alimentare e delle bevande che effettuano investimenti ambientali e ad alto contenuto innovativo nel territorio dello Stato, mentre l'articolo 13 prevede incentivi per l'acquisto di beni mobili strumentali da parte delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

L'articolo 14 istituisce nello stato di previsione del Ministero dello sviluppo economico apposito Fondo, con una dotazione di 10 milioni di euro per l'anno 2016 e di 20 milioni di euro per l'anno 2017, per provvedere all'erogazione dei contributi per l'acquisto di beni mobili da parte delle ONLUS che distribuiscono prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale.

Il Capo V Misure in materia di appalti, con l'articolo 15, introduce nel Codice dei contratti pubblici il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa prevenendo la cessione a titolo gratuito, a fini di beneficenza, delle rimanenze. Al disegno di legge è allegata la Tabella A che definisce i requisiti dei prodotti alimentari cedibili a titolo gratuito per finalità non lucrative.

Tanto premesso, ringrazio i colleghi per l'attenzione e auspico che le osservazioni e i rilievi che dovessero eventualmente essere formulati nel corso del dibattito e del ciclo delle audizioni che propongo alla Commissione di svolgere, possano contribuire ad un miglioramento nei contenuti del testo oggi illustrato.

Matteo MANTERO (M5S) rimarca l'importanza del tema oggetto del provvedimento alla luce dei dati inquietanti sulle dimensioni dello spreco alimentare, che rappresenta circa il 3 per cento del PIL italiano, con un notevole impatto anche sulla problematica dei rifiuti, osservando che la proposta in esame costituisce un ottimo punto di partenza. Sottolinea la

necessità di ampliare l'oggetto dell'esame anche ad aspetti connessi, come lo spreco che avviene all'interno delle singole famiglie, spesso legato a politiche sbagliate portate avanti dall'industria alimentare, e l'ingiusta distribuzione di cibo a livello planetario, con la conseguente compresenza di centinaia di milioni di persone denutrite accanto a cifre altrettanto consistenti di soggetti obesi. Occorre a suo avviso anche una revisione in fase di produzione, puntando maggiormente sulla qualità del cibo e sui prodotti a chilometro zero.

Nel preannunciare la presentazione di una proposta di legge anche da parte del suo gruppo, si associa alle richieste della relatrice in merito allo svolgimento di un ciclo di audizioni.

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

**La seduta termina alle 14.40.**

#### AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

#### RISOLUZIONI

7-00636 *Lenzi: Applicazione delle linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica.*

## ALLEGATO 1

**5-05953 Mariano: Tutela dei lavoratori dal rischio amianto  
nella regione Puglia.****TESTO DELLA RISPOSTA**

L'interrogazione in esame delinea una problematica di particolare rilievo, a cui il Ministero della salute deve rispondere nei limiti delle proprie competenze e delle conseguenti iniziative poste in atto.

Il Piano operativo della Regione Puglia in materia di amianto, ancorché pronto, è in attesa di essere formalizzato mediante provvedimento regionale.

Per quanto riguarda la raccolta delle informazioni relative alle esposizioni professionali a cancerogeni e mutageni, ex articolo 242 del decreto legislativo n. 81 del 2008, risultano operativi i Registri provinciali dei singoli Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.

Tuttavia, non risulta ancora una raccolta regionale unitaria.

La stessa cosa vale per il registro dei lavoratori che risultano attualmente esposti ad amianto, ai sensi dell'articolo 259 del decreto legislativo n. 81 del 2008, a seguito di esposizioni di tipo infortunistico.

In particolare per l'amianto, rispetto all'attività di sorveglianza dei lavoratori ex-esposti, quest'ultima viene effettuata solo su base volontaria, a seguito della presentazione, da parte dell'ex-esposto, della richiesta dopo il ritiro dalla propria attività lavorativa.

Per quanto riguarda le iniziative del Ministero della salute, ricordo la prossima finalizzazione del progetto a cura del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, mirato esplicitamente all'armonizzazione dei protocolli per la sorveglianza degli ex-esposti.

Concluso il progetto a fine aprile scorso, si è in attesa di ricevere in via formale la relazione definitiva.

Tuttavia, risulta conseguito il raggiungimento della condivisione di un « set » per l'armonizzazione dei protocolli regionali.

Una ulteriore iniziativa promossa dal Ministero della salute fa perno sul nuovo Piano Nazionale Prevenzione (PNP); il Piano detta obiettivi generali che devono essere acquisiti, però, nei piani regionali di prevenzione.

Quello della Regione Puglia è stato deliberato, ma non è ancora pubblicato: detto Piano è volto a garantire compiti di prevenzione, controllo e assistenza sia in campo lavorativo che intervento nei confronti della popolazione su tutto il territorio regionale.

Concludo informando gli Onorevoli interroganti che l'attenzione del Ministero della salute sulla tematica in esame è alta, in ragione della consapevolezza dell'indubbio danno sanitario arrecato ai lavoratori dall'esposizione all'amianto.

## ALLEGATO 2

**5-05952 Borghese: Revisione degli *standard* fissati nell'accordo Stato-regioni del 2010 in relazione ai punti nascita nelle zone montane e disagiate.****TESTO DELLA RISPOSTA**

La riorganizzazione della rete dei punti nascita scaturisce dall'Accordo del 16 dicembre 2010 concernente le Linee di indirizzo per la sicurezza del percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

Tale Accordo prevede l'attuazione di 10 linee di azioni per la ridefinizione del percorso nascita.

Di particolare importanza è la definizione del volume minimo di parti, nonché la realizzazione di un Sistema di trasporto in emergenza rivolto alla madre e al neonato.

La prima di tali linee « misure di politica sanitaria e di accreditamento », ha previsto la chiusura dei punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti/anno, in quanto non in grado di garantire sicurezza per la madre ed il neonato, ed è stata prevista l'adozione di stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 parti/anno quale parametro a cui tendere, al fine di garantire alla donna ed al neonato un'assistenza di livello elevato.

Tale garanzia può essere assicurata da adeguati standard strutturali e tecnologici dei punti nascita, e soprattutto dalla presenza, con livelli di operatività h. 24 intesa come guardia attiva, di personale qualificato.

L'Accordo identifica due livelli di complessità assistenziale delle UU.OO. di ostetricia/ginecologia e di neonatologia e terapia intensiva neonatale/pediatria e definisce gli standard operativi, di sicurezza e tecnologici a cui le regioni devono conformarsi nel percorso di ridefinizione dei

punti nascita: standard a cui fa specifico riferimento il decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, recante gli standard per l'assistenza ospedaliera.

Detto Regolamento avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera.

Le linee di azione contenute nell'Accordo del 16 dicembre 2010, che si conformano al modello di rete dei punti nascita del tipo *Hub e Spoke*, vincolano le Regioni ad attivare il sistema di trasporto assistito materno (STAM) e il sistema di trasporto in emergenza del neonato (STEN).

L'Accordo ha previsto la persistenza di punti nascita in deroga al volume minimo di 500 parti/anno, esclusivamente in caso di situazioni orografiche critiche, ovvero in presenza di aree geografiche notevolmente disagiate, a condizione che in tali strutture siano garantiti tutti gli standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'Accordo per le UU.OO. ostetriche e neonatologico/pediatriche di I Livello.

Le scelte programmatiche e organizzativo/gestionali in tema di sanità sono in carico alle Regioni.

Il Ministero della salute verifica che l'erogazione dei LEA avvenga nel rispetto delle condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, e accerta la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN; nonché che le strategie di riorganizzazione dei punti nascita siano coerenti con le politiche convenute nell'Accordo ed opera sulla sicurezza del per-

corso nascita una costante azione di affiancamento alle Regioni, attestata, tra l'altro, dal rinnovo, con decreto ministeriale del 19 dicembre 2014, del Comitato Percorso Nascita Nazionale, che supporta le Regioni e le Province Autonome nell'attuazione delle migliori soluzioni per la qualità e la sicurezza del percorso nascita.

La particolare attenzione verso tale problematica è attestata anche dall'inserimento, nella verifica LEA, di uno specifico punto dedicato al percorso nascita, con cui è possibile svolgere un'azione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle citate 10 linee di azione.

La questione riguardante l'eventuale aggiornamento dei requisiti e degli stan-

dard organizzativi, tecnologici e di sicurezza che i punti nascita con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno devono possedere, è stata più volte affrontata e dibattuta nell'ambito del continuo confronto tra Ministero della Salute e Regioni sulla sicurezza del percorso nascita.

All'esito di tale approfondimento, è emerso con ogni evidenza tecnico-scientifica che le modalità organizzative, seppur flessibili ed idonee, in particolare per strutture di zone disagiate con meno di 500 parti/anno, devono garantire gli standard qualitativi, di efficienza ed appropriatezza stabiliti dall'Accordo, che permettano il parto in condizioni di sicurezza.

## ALLEGATO 3

**5-05954 Ciracì: Finanziamento della ricerca sulla gangliosidosi GM1.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Preliminarmente, occorre rappresentare che il Ministero della Salute per il finanziamento dei progetti di ricerca finalizzata segue, ormai da anni, una politica fortemente selettiva, al fine di stimolare gli istituti di ricerca verso un innalzamento dei livelli di qualità della ricerca biomedica. Coerentemente con la scelta appena indicata, l'Amministrazione, in accordo con la Commissione per la Ricerca sanitaria, ha impostato il finanziamento della ricerca su basi competitive, adottando una metodologia di *peer review*.

Pertanto, il finanziamento della ricerca finalizzata non prevede la individuazione, da parte del Ministero, di tematiche specifiche, quanto, piuttosto, la presentazione da parte degli enti di ricerca (IRCCS, Regioni, IZS, ISS etc.) di progetti, che saranno valutati e eventualmente finanziati, come detto, sulla base di un sistema di referaggio affidato a valutatori internazionali.

Il Ministero della Salute, in altre parole, ha deciso di lasciar « libera » la comunità scientifica del SSN nella scelta dei progetti da presentare, e ciò nella convinzione che essa sia il miglior giudice delle tematiche scientifiche da sviluppare.

Accanto alla ricerca finalizzata, aperta, come detto a tutti gli enti del SSN, il Ministero destina una quota di finanziamenti agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), che operano sulla base di linee di ricerca triennali, in cui annualmente, ed in piena autonomia, sviluppano progetti mirati.

Venendo al tema specifico dell'interrogazione, si rappresenta che sul tema delle malattie rare il Ministero della Salute agisce attraverso l'Istituto Superiore di

Sanità, cui è affidato il Centro nazionale per le malattie rare. Contatti sono in corso anche tra la scrivente Direzione e l'Associazione UNIAMO, che riunisce gran parte delle Associazioni dei pazienti affetti da malattie rare, al fine di acquisire utili elementi direttamente dai cittadini colpiti da tali patologie e dai loro familiari.

Inoltre, il Ministero cofinanzia a livello comunitario i progetti ERANET Malattie Rare, che quest'anno ha visto oltre 200 progetti presentati da consorzi di ricerca tra istituti delle diverse nazioni. Purtroppo, nessun progetto riguarda la Gangliosidosi GM1, così come nel Bando per la ricerca finalizzata non risulta presentata alcuna richiesta tra i circa 3000 progetti sottoposti a valutazione.

Si rileva, altresì, che a livello mondiale si registrano solo due pubblicazioni su questa malattia nel corso del 2015, due nel 2014 e 5 nel 2013.

Dai dati in possesso di questa Direzione, la prevalenza in Italia è di dieciododici casi, cinque dei quali sono regolarmente seguiti dall'IRCCS Ospedale Bambino Gesù. Gli altri casi sono seguiti dall'AOU Meyer di Firenze, dall'Università di Padova, dal Policlinico Umberto I di Roma, dal Policlinico di Bari e da quello di Catania. Tali pazienti sono attualmente sottoposti – sotto controllo del Comitato etico – a terapia a base di Mielustat, farmaco sviluppato per la malattia di Gaucher, che potrebbe fornire elementi utili per lo sviluppo di ricerche future. Inoltre, è da segnalare che l'utilizzo dello stesso trattamento sta favorendo l'aggregazione dei centri interessati in un *network* per coordinare l'assistenza ai pazienti affetti da tale patologia.

ALLEGATO 4

**5-05955 Calabrò: Situazione di emergenza nelle strutture di pronto soccorso della regione Campania.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Gli episodi di violenza sono particolarmente esecrabili e mettono in evidenza possibili carenze organizzative, indicando una insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie.

In particolare, le aggressioni possono essere causate da una scarsa vigilanza, da una sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche, dalle difficoltà relazionali tra gli operatori e l'utenza.

Il riconoscimento del fatto illecito è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione del personale.

Il Ministero della Salute è consapevole della gravità di tale condizione ed ha previsto la segnalazione di tale illecito come « evento sentinella », attraverso il flusso, *ad hoc* costituito, che fa capo alla Direzione generale della programmazione sanitaria di questo dicastero. È altresì necessario che le Aziende sanitarie e la Regione tengano sotto controllo tali eventi e traggano informazioni importanti dal loro monitoraggio per effettuare valutazioni e confronti sulle condizioni di rischio delle varie strutture sanitarie.

In questa ottica è di significativo interesse anche intervenire per decongestionare i servizi di emergenza urgenza per evitare accessi non appropriati, accelerando il processo, già avviato, di riforma del territorio.

Oltre alla segnalazione dell'evento sentinella, lo scrivente Ministero ha emanato,

nel novembre del 2007, la specifica « Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari » che fornisce indicazioni sulle azioni da porre in atto ai vari livelli per fronteggiare e prevenire l'occorrenza di questi eventi. Le azioni proposte riguardano: l'analisi dei luoghi di lavoro per individuare i fattori di rischio, l'attuazione di soluzioni di tipo logistico-organizzative o tecnologiche e l'addestramento e formazione del personale.

Infine, con riguardo alla situazione del blocco automatico del *turn over* nella Regione Campania, si rappresenta che lo stesso è stato vigente dal 2010 fino al 31 dicembre 2014, ai sensi dell'articolo 1 comma 174, legge n. 311/2004 e successive modificazioni ed integrazioni, misura prevista per le Regioni in Piano di rientro per le quali si prospetti, in esito al monitoraggio, una situazione di squilibrio economico-finanziario del settore sanitario non tempestivamente ed adeguatamente corretto (accertato nelle riunioni di verifica del Piano di rientro del 19 maggio 2010, del 31 maggio 2011 e del 30 marzo 2012).

Nel periodo di vigenza automatico del blocco del *turn over*, sono state concesse deroghe ai sensi della normativa vigente, nella misura del 10 per cento del personale del Servizio sanitario e per un totale di 251 unità.

Dal 1° gennaio 2015, data di termine del blocco automatico del « *turn over* », la Regione Campania ha avviato l'*iter* per le assunzioni in conformità alle disposizioni vigenti.

## ALLEGATO 5

**5-03841 Lorefice: Disponibilità del vaccino tetravalente.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riguardo alla questione in esame, ritengo necessario ricordare che il Ministero della salute opera nel contesto istituzionale sancito dalla riforma della Costituzione del 2001, in particolare dell'articolo 117, che ha introdotto la potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e la potestà regolamentare delle Regioni, tra le altre, in materia di tutela della salute.

Dal 2001 gli accordi tra Stato e Regioni sono lo strumento con cui viene disegnata l'assistenza pubblica nel nostro Paese.

Fondamentale in questo ambito è l'Accordo dell'8 agosto 2001, con cui vengono concordate, per la prima volta, risorse economiche per un triennio ed è prevista la definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), entrati in vigore il 23 febbraio del 2002, cioè le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o con una partecipazione alla spesa, grazie alle risorse raccolte attraverso la fiscalità.

L'offerta delle vaccinazioni, in Italia, ha avuto un'evoluzione, di pari passo con l'evolversi delle conoscenze tecnico-scientifiche in merito, delle condizioni socio-economiche del Paese, del cambiamento culturale nel rapporto medico-paziente.

L'obbligatorietà delle vaccinazioni, primariamente, è stata intesa quale garanzia, ai massimi livelli possibili, di uniformità di offerta e di trattamento della popolazione, al fine di evitare situazioni di disparità di accesso ai servizi.

L'obbligo vaccinale si è rivelato anche un ottimo strumento per l'attuazione di alcune campagne vaccinali di massa che hanno consentito di raggiungere traguardi di indiscutibile valore, quale l'eradicazione

globale del vaiolo e l'eliminazione della poliomielite dalle Regioni delle Americhe, del Pacifico Occidentale ed Europea (secondo la divisione geografica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS).

In Italia, attraverso strategie vaccinali di massa, sono stati ottenuti ottimi risultati anche in termini di controllo di alcune malattie: il tetano colpisce solo gli anziani non vaccinati; il numero di casi di epatite virale B è in continuo declino, soprattutto nelle classi di età più giovani, target dal 1991 di una strategia vaccinale mirata, il cui successo, nel contenimento della malattia, ha valso all'Italia, primo Paese ad intraprendere tale strategia preventiva, l'apprezzamento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Proprio in ragione di tali successi, in Italia, il Calendario Nazionale delle vaccinazioni per l'infanzia, oggi, prevede, accanto alle vaccinazioni obbligatorie, altre vaccinazioni fortemente raccomandate, perché ritenute altrettanto efficaci in termini di controllo delle malattie che prevengono e, quindi, della tutela della sanità collettiva.

Tra queste ultime, vi sono le vaccinazioni contro pertosse, infezioni da *haemophilus influenzae b* (Hib), morbillo, parotite, rosolia, la cui raccomandazione indica che esse sono ugualmente utili ed importanti quanto quelle obbligatorie, poiché contrastano complesse situazioni epidemiologiche delle malattie che prevengono, ma che non sono state imposte per legge, in quanto introdotte in un periodo storico estremamente diverso da quello che ha caratterizzato l'introduzione dell'obbligo. In particolare, dagli anni '90, è stato intrapreso un percorso culturale per un nuovo approccio alle vaccinazioni. Rispetto ai tra-

dizionali interventi di prevenzione, infatti, si è puntato non sull'obbligatorietà e sul controllo, ma sulla promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino ad un intervento di sanità pubblica, qual è la vaccinazione universale.

Tali interventi sono stabiliti tramite Accordi nella Conferenza Stato-Regioni, « sede privilegiata » della negoziazione politica tra le Amministrazioni centrali e il sistema delle autonomie regionali.

A riprova che la programmazione nazionale dell'offerta vaccinale universale per l'infanzia non è finalizzata al solo compimento di un *iter* amministrativo, va considerato che ulteriori vaccini, pur se autorizzati all'immissione in commercio, nel corso degli anni, e disponibili anche in Italia, sono considerati facoltativi e non sono stati inseriti nel calendario nazionale delle vaccinazioni per l'infanzia, in base all'analisi della situazione epidemiologica e secondo una valutazione della scala di priorità individuate con le Regioni. Per questi vaccini, infatti, è discrezione del pediatra di fiducia o del medico dei servizi vaccinali proporli e facoltà del genitore/tutore accettare di farli somministrare al proprio bambino, ai fini di una protezione individuale. Per i vaccini facoltativi, quindi, non sono previsti programmi nazionali di vaccinazione universale.

Tutte le vaccinazioni summenzionate (antidifterica, antipoliomielitica, antitetanica, antiepatite virale B, antipertosse, antimorbillo, antiparotite, antirosolia, contro le infezioni da *haemophilus influenzae* b) sono state incluse, pur venendo mantenuta la distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate, nel Calendario delle vaccinazioni in età evolutiva, dal decreto ministeriale n. 5 del 7 aprile 1999 « Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva ». Anche il successivo Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 « Piano nazionale vaccini 1999-2000 », ribadisce che, per tutte le vaccinazioni incluse nel Calendario per l'infanzia, pur mantenendo la distinzione tra obbligatorie e raccomandate, l'obiettivo di copertura vaccinale da perseguire è il 95 per

cento, facendo propri gli Obiettivi raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Regione Europea.

Per quanto riguarda le componenti antigeniche contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e la pertosse, contenute nel vaccino esavalente, si rappresenta quanto segue.

Ovunque siano stati condotti degli studi, l'*Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) si è dimostrato un'importante causa di meningite e polmonite batterica principalmente in bambini sotto i cinque anni d'età, soprattutto neonati. Attualmente vi sono sul mercato diversi vaccini contro l'Hib, tutti di tipo coniugato, altamente efficaci e virtualmente privi di seri effetti collaterali. Inoltre, poiché questi vaccini riducono sensibilmente anche i portatori nasofaringei del microrganismo, attraverso il raggiungimento di elevate coperture vaccinali si consegue anche la cosiddetta « immunità di gregge », cioè la protezione di quei soggetti che non possono essere vaccinati a causa di controindicazioni permanenti.

Il peso della malattia è più elevato tra i 4 e i 18 mesi d'età, raramente si verifica sotto i tre mesi e dopo i 6 anni d'età. Sia nei Paesi sviluppati, che in quelli in via di sviluppo, l'Hib è la causa principale di meningiti batteriche non epidemiche in questo gruppo d'età ed è spesso associato a gravi sequele neurologiche, nonostante tempestivi e adeguati trattamenti antibiotici.

A causa della difficoltà della diagnosi eziologica, soprattutto per la polmonite, il peso reale delle infezioni da Hib può essere evidenziato solo dalla riduzione delle incidenze di meningite e polmonite in seguito all'introduzione della vaccinazione.

Il vaccino viene normalmente somministrato in più dosi nel corso dell'infanzia insieme al vaccino contro difterite-tetanopertosse (DTP) e ad altri vaccini del programma nazionale di vaccinazioni pediatriche. Negli adulti e nei bambini oltre i 18 mesi d'età una singola dose è sufficiente a indurre l'immunità. L'OMS incoraggia l'introduzione dei vaccini contro l'Hib in tutto

il mondo e l'efficacia dei vaccini coniugati contro l'Hib è stata chiaramente dimostrata nei Paesi sviluppati, dove è stato registrato un rapido declino dell'incidenza della malattia in tutti i Paesi in cui il vaccino è stato introdotto di routine.

La pertosse (o tosse canina) è una malattia causata dal batterio *Bordetella pertussis*. È una delle malattie infettive più contagiose che si conoscano, tanto che un bambino con pertosse può contagiare fino al 90 per cento di bambini non immuni con cui viene a contatto.

Il successo dei programmi nazionali vaccinali si fonda sul raggiungimento ed il mantenimento delle coperture di cicli vaccinali completi, a livelli tali da prevenire e controllare efficacemente la diffusione delle malattie infettive prevenibili con vaccino.

Non è da tralasciare anche un altro importante effetto, ovvero quello che, paradossalmente, si stravolge l'epidemiologia della malattia che si voleva prevenire, con possibile aumento dei casi in fasce di età diverse da quelle classiche, in cui i quadri sono più gravi e con maggior ricorso all'ospedalizzazione.

Inoltre, nessun Paese e nessuna area geografica, per quanto socialmente ed economicamente evoluto, si può ritenere al sicuro dal rischio di reintroduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo grazie alle vaccinazioni di massa.

In particolare, alcuni fattori, quali lo spostamento di grandi masse di popolazione, la velocità e la frequenza sempre maggiori degli spostamenti, l'uso eccessivo e spesso incongruo di antibiotici, si configurano come fattori favorenti. Ne consegue che, nella definizione di una strategia vaccinale nazionale, non si potrà prescindere dal contesto epidemiologico sovranazionale e dalle strategie concordate a livello internazionale.

Si tratta, in genere, di obiettivi raggiungibili, a condizione che vengano assicurate coperture vaccinali pari o superiori al 95 per cento, nelle popolazioni bersaglio, per le malattie prevenibili con tale intervento di sanità pubblica.

Anche l'Italia, che ha aderito al programma esteso di immunizzazione dell'OMS, condivide gli stessi obiettivi, per raggiungere i quali persegue l'intento di vaccinare tutti i bambini contro le malattie infettive per le quali siano stati fissati degli obiettivi comuni nell'area geografica europea.

Per quanto riguarda il costo del vaccino esavalente o delle singole vaccinazioni che lo compongono, questo non può e non deve essere considerato dall'unico punto di vista della « spesa », non tenendo affatto conto del risparmio in termini di guadagno di salute del soggetto e della collettività, oltre che del risparmio di risorse economiche per il Sistema Sanitario Nazionale. La domanda da porre non è « quanto costa vaccinare » ma è « quanto costa non vaccinare »; gli studi di economia a riguardo riportano evidenze non ignorabili a favore del primo tipo di investimento, cioè della vaccinazione.

Ferma restando la distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate, ove si volesse consapevolmente aderire anche alle vaccinazioni raccomandate, è ragionevole ed opportuno che il vaccino esavalente possa essere considerato quale prima scelta per l'immunizzazione dei nuovi nati, per gli indubbi vantaggi che esso presenta, sia per il bambino candidato alla vaccinazione e i suoi genitori, sia per gli operatori dei Servizi vaccinali. Il vaccino esavalente, infatti, con una sola iniezione rende possibile somministrare contemporaneamente più antigeni, evitando, così, di dover sottoporre il bambino a più iniezioni nel corso della stessa seduta, o di dover fissare ulteriori appuntamenti con il servizio vaccinale, con il rischio di ritardi nella schedula vaccinale, se non di mancata adesione al suo completamento.

È, inoltre, indubbio l'effetto positivo anche sulla *performance* dei servizi vaccinali, in quanto vengono favorite esigenze di ordine logistico-organizzativo.

Al contrario, non vi è alcuna evidenza scientifica, nella letteratura accreditata, circa presunti effetti dannosi (sovraccarico e shock del sistema immunitario) conse-

guenti alla simultanea somministrazione di più vaccini.

I dati disponibili in letteratura indicano, infatti, l'assenza di effetti dannosi a carico del sistema immunitario dei bambini che vi si sottopongono.

Non da ultimo, se è vero che nella

maggior parte dei Paesi europei non vi sono leggi che indicano l'obbligo per le vaccinazioni, negli stessi Paesi non si accede alle collettività scolastiche, di ogni ordine e grado, senza la certificazione delle vaccinazioni previste dai piani nazionali.