

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e di pedagista. Testo unificato C. 2656 Iori e abb. (Parere alla VII Commissione) (*Esame e rinvio*) 151

INTERROGAZIONI:

5-07796 Lenzi: Incremento delle attività di controllo e di vigilanza nei confronti delle strutture socio-educative, sanitarie e di ricovero. 155

5-07799 Carnevali: Incremento delle attività di controllo e di vigilanza nei confronti delle strutture socio-educative, sanitarie e di ricovero 155

ALLEGATO 1 (*Testo della risposta*) 156

5-08201 Brignone: Servizio di ristorazione scolastica per bambini vegani 155

ALLEGATO 2 (*Testo della risposta*) 158

AVVERTENZA 155

SEDE CONSULTIVA

Martedì 12 aprile 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.

Disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e di pedagista.

Testo unificato C. 2656 Iori e abb.

(Parere alla VII Commissione).

(*Esame e rinvio*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Elena CARNEVALI (PD), *relatrice*, ricorda che la Commissione è chiamata a esprimere alla VII Commissione (Cultura) il prescritto parere sul testo unificato delle proposte di legge C. 2656 Iori e C. 3247 Binetti, risultante dagli emendamenti approvati presso la Commissione di merito. Il provvedimento, che si compone di 16 articoli, reca disposizioni concernenti la disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e di pedagista.

Prima di entrare nel merito del provvedimento, reputa necessario fare presente che attualmente nel nostro ordinamento è riconosciuto solo il profilo dell'educatore professionale, a proposito del quale il decreto ministeriale n. 520 del 1998, emanato in attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, ha stabilito che si tratta dell'«operatore

sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'*équipe* multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà». Esso opera all'interno delle strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio-educative.

A seguito della determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie, il profilo di educatore professionale afferisce alle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione.

Da ultimo, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 luglio 2011, relativamente ai criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, ha escluso esplicitamente, tra gli altri, i titoli universitari rilasciati dalla facoltà di Pedagogia/Scienze della formazione per educatore professionale, conseguiti dopo l'entrata in vigore della legge n. 42 del 1999, recante disposizioni in materia di professioni sanitarie.

Il provvedimento in oggetto nasce, quindi, dalla necessità di riconoscere e regolamentare le figure professionali operanti in campo pedagogico – oggi disciplinate solo, come tutte le professioni non regolamentate con albi e collegi, dalla legge n. 4 del 2013 – in coerenza con gli indirizzi europei e internazionali, al fine di garantire con omogeneità, in tutto il territorio nazionale, l'erogazione di servizi e interventi educativi di qualità e adeguati ai fabbisogni della popolazione.

Passando ai contenuti, rileva che l'articolo 1 individua gli aspetti sui quali il provvedimento in oggetto interviene – ai quali sono dedicati gli articoli successivi – esplicitando che si intende disciplinare le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista, nel qua-

dro degli indirizzi forniti dall'Unione europea in materia di educazione formale, non formale e informale.

Con specifico riferimento alla professione di educatore professionale socio-sanitario, precisa che, per quanto non espressamente previsto dal provvedimento in esame, continuano ad applicarsi le disposizioni del citato decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520.

L'articolo 2 definisce le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista, specificando che l'educatore è un professionista di livello intermedio, mentre il pedagogista è un professionista di livello apicale.

Precisa quindi che l'esercizio delle professioni di educatore professionale socio-sanitario e di pedagogista è subordinato al conseguimento dello specifico titolo abilitante mentre l'esercizio delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico è subordinato al conseguimento della qualifica attribuita a seguito del rilascio del diploma di un corso di laurea della classe di laurea L-19 Scienze dell'educazione e della formazione (articolo 2, comma 4, e articolo 7).

Gli ambiti dell'attività delle figure professionali in oggetto sono definiti dall'articolo 3, ai sensi del quale l'educatore professionale socio-pedagogico e il pedagogista operano nei servizi e nei presidi socio-educativi e socio-assistenziali nonché in quelli socio-sanitari con riguardo agli aspetti socio-educativi, mentre l'educatore professionale socio-sanitario opera nei servizi e nei presidi sanitari e socio-sanitari. Tale distinzione appare rilevante per quanto attiene alle competenze della nostra Commissione. In proposito, evidenzia altresì che tra gli ambiti in cui possono operare l'educatore professionale socio-pedagogico e il pedagogista, oltre a quelli educativo e formativo, scolastico, socio-assistenziale, della genitorialità e della famiglia, culturale, giudiziario, ambientale, dell'integrazione e della cooperazione internazionale, sono ricompresi anche gli ambiti sportivo e motorio e socio-sanitario e della salute, «con riguardo agli aspetti socio-educativi». Tale ultima precisazione

è funzionale al fine di delimitare la competenza delle figure professionali operanti in campo pedagogico che svolgano la propria attività in ambito socio-sanitario e della salute e che si trovano, quindi, in una posizione evidentemente diversa da quella dell'educatore professionale socio-sanitario.

Fa presente che gli articoli 4, 5 e 6 riguardano il merito dell'attività professionale dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogo; l'articolo 4 concerne servizi, organizzazioni e istituti di esercizio dell'attività professionale dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogo, tra i quali rilevo, in particolare, i seguenti servizi: per la genitorialità e la famiglia; per le pari opportunità; per la promozione del benessere e della salute, sempre con riguardo agli aspetti educativi; per gli anziani.

Gli articoli 5 e 6 si riferiscono, rispettivamente, alla qualifica europea dell'educatore professionale socio-pedagogico e alle competenze di tale figura professionale; i medesimi contenuti hanno gli articoli 9 e 10, con riferimento alla qualifica europea del pedagogo e alle competenze del pedagogo.

Gli articoli 7 e 11 disciplinano, rispettivamente, la formazione universitaria dell'educatore professionale socio-pedagogico, dell'educatore professionale socio-sanitario e del pedagogo – argomento cui si è già accennato – disponendo che la qualifica di educatore professionale socio-pedagogico è attribuita a chi consegue un diploma di laurea nella classe di laurea in Scienze dell'educazione e della formazione (classe L-19); la qualifica di educatore professionale socio-sanitario è attribuita a seguito del rilascio del diploma di laurea abilitante di un corso di laurea della classe L/SNT/2 delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione; la qualifica di pedagogo è attribuita a seguito del rilascio di un diploma di laurea abilitante in determinate classi di laurea magistrale e ai docenti che, pur non essendo in possesso di tali titoli accademici, abbiano insegnato discipline pedagogiche, per almeno tre anni accademici anche non consecutivi,

nelle università italiane o in strutture di particolare rilevanza scientifica, anche sul piano internazionale.

L'articolo 14 dispone, anzitutto, che le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogo rientrano fra le professioni non organizzate in ordini o collegi, di cui alla legge n. 4 del 2013.

L'articolo 15 reca norme finali e transitorie, volte soprattutto a definire quali titoli sono considerati equipollenti a quello previsto dal provvedimento in esame ai fini dell'attribuzione della qualifica di educatore professionale socio-pedagogico.

L'articolo 16, infine, reca la clausola di invarianza finanziaria.

In conclusione, dopo aver espresso, in generale, apprezzamento per il provvedimento in oggetto, che ha il merito di regolamentare le figure operanti in campo pedagogico, disciplinandone i percorsi formativi, esprime alcune perplessità con riferimento a disposizioni specifiche, in particolare a quelle di cui agli articoli 6, comma 2, e 10, comma 2, nella parte in cui prevedono l'elenco delle discipline che devono rientrare nella sfera di conoscenza e di competenza dell'operatore socio-pedagogico e del pedagogo, in quanto ritiene che l'individuazione di tali discipline dovrebbe spettare a un organismo di carattere tecnico e non direttamente al legislatore.

Paola BINETTI (AP) invita tutti i colleghi ad una riflessione puntuale sul tema oggetto del provvedimento, in ragione della sua problematicità. In particolare, pone in evidenza che il testo risulta incentrato sulle figure dell'educatore professionale socio-educativo e del pedagogo, relegando in un ruolo marginale quella dell'educatore professionale socio-sanitario, per la quale non è, peraltro, previsto un avanzamento collegato al conseguimento della laurea magistrale.

Osserva che all'educatore professionale socio-sanitario, nonostante una formazione selettiva e qualificata, con un elevato numero di ore di tirocinio, sono offerti sbocchi professionali limitati.

Segnala che, come proposto anche dal Ministero della salute nel corso dell'esame del provvedimento presso la Commissione di merito, sarebbe opportuno chiarire, all'articolo 3, che gli educatori professionali socio-educativi e i pedagogisti operano « limitatamente », e non « con riguardo » come indicato nel testo, agli aspetti socio-educativi nel settore socio-sanitario e della salute, per scongiurare invasioni di campo rispetto alle competenze degli educatori professionali socio-sanitari.

Nel ricordare che il successivo articolo 4 elenca una serie di servizi assai eterogenei nei quali si dovrebbero trovare ad operare gli educatori professionali socio-educativi, si interroga sulla concreta corrispondenza con il loro percorso formativo e ricorda che vi è attualmente una notevole sproporzione numerica tra educatori che conseguono una laurea nel settore sanitario, circa 500, rispetto a quelli dell'ambito socio pedagogico, alcune migliaia.

Ribadisce quindi la necessità di tutelare la figura dell'educatore professionale socio-sanitario, riservando ad essa specifici ambiti di competenza, stante la fondamentale esigenza di non svuotare un percorso formativo qualificato. Si augura pertanto un recupero del concetto di limite tra i diversi ambiti professionali, a garanzia della tutela della salute e nel rispetto dei diversi percorsi formativi.

Donata LENZI (PD), nel ricordare che il provvedimento in esame è stato oggetto nella Commissione di merito di un lungo esame che ne ha in parte alterato l'impostazione iniziale, manifesta un forte dissenso rispetto all'intervento della collega Binetti, rilevando, che in ambito europeo per la figura dell'educatore non si prevede un percorso formativo collegato alle facoltà di medicina. Riterrebbe preferibile seguire il modello di una laurea triennale unica in relazione alla figura dell'educatore alla quale potrebbe seguire un percorso specialistico biennale per gli aspetti attinenti ai settori sanitario e pedagogico.

Sottolinea che, nell'ambito dei servizi socio-educativi, una buona parte della formazione, e della conseguente specializza-

zione, avviene nell'ambito delle esperienze lavorative, in cui viene messa alla prova anche la capacità di relazionarsi con l'utenza. Ribadisce che il testo proposto appare come il risultato di una mediazione eccessiva che non supera completamente una duplicazione, che appare difficilmente comprensibile in ambito europeo.

Ricorda che, in ogni caso, si tratta di un percorso formativo rispetto al quale si riscontra una difficoltà concreta di conseguire sbocchi professionali adeguati.

In conclusione, concorda con la relatrice rispetto a quanto rilevato rispetto alla formulazione degli articoli 6 e 10 e, contrariamente a quanto proposto dalla collega Binetti, riterrebbe utile eliminare all'articolo 3, qualunque specificazione relativa al campo operativo della figura dell'educatore professionale socio-educativo rispetto ai servizi socio-sanitari, ricordando che dal punto di vista contrattuale non vi sono differenze tra le diverse figure di educatore.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nel dare la parola al collega Baroni esprime la sua vicinanza ai deputati del Movimento 5 Stelle per la perdita di un'importante figura di riferimento con la morte di Gianroberto Casaleggio.

Massimo Enrico BARONI (M5S) nel condividere i rilevati espressi dalla relatrice e dalla deputata Lenzi circa la formulazione degli articoli 6 e 10, manifesta contrarietà rispetto ad una visione che considera le professioni educative come ancillari di quelle mediche, frutto di un'impostazione medico-centrica tipica del nostro Paese.

Ricorda, inoltre, che in Italia quella di educatore è considerata come una professione « Cenerentola », caratterizzata da retribuzioni inadeguate e notevolmente inferiori a quelle di altri Paesi europei.

Nel ricordare l'importanza dell'aspetto motivazionale, pone in rilievo la necessità di un approccio olistico-integrato che tenga conto degli aspetti multidisciplinari, segnalando che in molte regioni si tende ad una dequalificazione del personale che

opera nei servizi socio-sanitari, anche come forma di risparmio. Auspica che vi sia il tempo necessario per effettuare un esame approfondito del provvedimento alla luce della delicatezza dei temi affrontati.

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

La seduta termina alle 14.45.

INTERROGAZIONI

Martedì 12 aprile 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.45.

5-07796 Lenzi: Incremento delle attività di controllo e di vigilanza nei confronti delle strutture socio-educative, sanitarie e di ricovero.

5-07799 Carnevali: Incremento delle attività di controllo e di vigilanza nei confronti delle strutture socio-educative, sanitarie e di ricovero.

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 1*).

Donata LENZI (PD), replicando, ringrazia il sottosegretario De Filippo per la risposta ampia e completa. Constatando con crescente preoccupazione il frequente ripetersi di episodi di assoluta gravità, come quelli citati nell'interrogazione in

titolo, sollecita un più attento monitoraggio.

Elena CARNEVALI (PD), replicando, pone l'accento sulla gravità e crudeltà dei fatti segnalati, ricordando che, oltre all'inasprimento delle sanzioni, occorre sicuramente predisporre una maggiore vigilanza, anche attraverso la permeabilità delle strutture e il coinvolgimento delle famiglie, a tutela di soggetti che si trovano in una condizione di assoluta debolezza.

5-08201 Brignone: Servizio di ristorazione scolastica per bambini vegani.

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

Beatrice BRIGNONE (Misto-AL-P), replicando, ringrazia il Governo per la risposta fornita, evidenziando tuttavia come la stessa non colga il punto essenziale dell'interrogazione presentata.

Auspica, pertanto, che il Governo fornisca indicazioni più puntuali alle regioni attraverso le note che trasmetterà nel prossimo futuro, al fine di dare piena attuazione alla citata Intesa del 2010.

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

La seduta termina alle 15.

AVVERTENZA

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

RISOLUZIONI

7-00705 Silvia Giordano e 7-00953 Miotto: Trasparenza degli accordi stipulati dall'AIFA con le case farmaceutiche.

ALLEGATO 1

5-07796 Lenzi: Incremento delle attività di controllo e di vigilanza nei confronti delle strutture socio-educative, sanitarie e di ricovero.**5-07799 Carnevali: Incremento delle attività di controllo e di vigilanza nei confronti delle strutture socio-educative, sanitarie e di ricovero.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde congiuntamente alle interrogazioni parlamentari in esame, stante le analogie delle problematiche in esse segnalate.

In via preliminare, segnalo che il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute, nel sottolineare di effettuare costantemente le attività di vigilanza nel settore delle strutture socio-assistenziali, in merito ai casi indicati negli atti ispettivi, ha inteso precisare quanto segue.

Per quanto riguarda gli accadimenti occorsi presso un centro di riabilitazione neuropsichiatrica di Grottaferrata, i Carabinieri del Nucleo Antisofisticazioni e Sanità di Roma, nel febbraio 2016, a conclusione delle attività di indagine avviate nel 2015, hanno eseguito 10 ordinanze di custodia cautelare, di cui una in carcere e 9 agli arresti domiciliari, nei confronti di operatori socio-assistenziali per percosse, ingiurie e segregazione dei pazienti, mentre altri 6 operatori sono stati denunciati a piede libero.

Poiché detta struttura risulta accreditata con il Servizio Sanitario Regionale, in data 11 marzo 2016, il Ministero della salute ha inviato alla regione Lazio una richiesta di informazioni, per sapere se la stessa sia dotata « di uno specifico sistema di monitoraggio e verifica dell'attività che si svolge nelle molteplici strutture private accreditate che operano nel settore, al fine di scongiurare il possibile ripetersi di casi analoghi ».

In merito a quanto avvenuto a Decimomannu, i Carabinieri del Nucleo Antisofisticazioni e Sanità di Cagliari, nel febbraio 2016, hanno eseguito 14 misure cautelari di sospensione dal servizio nei confronti dei legali responsabili di un centro di riabilitazione psico-motoria, nonché di operatori socio-assistenziali, per aver assunto, quotidianamente, nei riguardi dei pazienti affetti da patologie psichiatriche, comportamenti offensivi, omissivi e lesivi, tanto da rendere necessario, in taluni casi, il loro ricovero presso strutture ospedaliere, tenendo i familiari degli ospiti all'oscuro degli eventi.

L'efficacia della costante attività svolta presso le strutture assistenziali dai Carabinieri-NAS è documentata dal documento che lascio a disposizione degli On.li interroganti e della Commissione.

Una adeguata ed efficace azione di contrasto agli accadimenti in esame, richiede una forte attività di vigilanza e controllo da parte delle strutture assistenziali stesse e delle ASL, nonché da parte delle regioni che, nell'esercizio delle proprie competenze istituzionali, devono intervenire nella definitiva risoluzione delle problematiche evidenziate.

Infatti, l'accreditamento istituzionale rappresenta il riconoscimento che l'Ente Regione, ossia l'Organismo accreditante, concede alle Aziende/strutture sanitarie, già autorizzate a svolgere attività sanitarie,

quali potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

La normativa regionale, in accordo con quella nazionale, detta indicazioni precise sui requisiti che tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali devono possedere per poter operare nel territorio regionale.

Con le verifiche, ordinariamente condotte dagli organismi regionali preposti, si assicura che l'assistenza sia di elevato livello tecnico-professionale e scientifico, nonché di equità e pari accessibilità a tutti i cittadini, e che sia appropriata rispetto ai reali bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona.

Le attività di programmazione nazionale richiamano, con forza, il dovere di porre particolare riguardo agli aspetti di umanizzazione e, in linea con l'Intesa tra il Governo, le regioni e le province Autonome, nel documento recante «Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento», del 20 dicembre 2012, tra i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento sono compresi quelli che riguardano l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza: tali requisiti sono volti a orientare le attività assistenziali ed organizzative all'accoglienza dei pazienti, considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica.

Inoltre, nell'ambito delle attività volte alla gestione del rischio clinico e alla promozione della qualità e sicurezza delle cure, il Ministero della salute monitora un pannello di eventi sentinella, tra i quali l'evento «violenza su paziente»; ciò nell'intento di richiamare l'attenzione di regioni, aziende e singoli operatori sanitari sulla necessità di vigilare sul verificarsi di tali eventi, nonché sulle condizioni che li determinano e sulle azioni da mettere in atto per prevenire il loro accadimento.

In relazione alla violenza di genere, le regioni sono state, inoltre, incoraggiate ad attivare percorsi di sensibilizzazione degli operatori di Pronto Soccorso, di Medicina Generale, di Pediatria di libera scelta e di Continuità assistenziale, e ad elaborare specifici progetti inerenti alla prevenzione della violenza secondo le buone pratiche già adottate da alcune regioni, all'individuazione di segni e sintomi ascrivibili alla violenza sessuale, fisica e psicologica, anche mediante schede di rilevazione per valutare l'entità e l'impatto della violenza subita.

Gli altri indirizzi ai quali le Regioni fanno riferimento, nell'elaborazione dei progetti, sono: l'utilizzo nella pratica clinica di protocolli condivisi ed uniformi, in particolare per la definizione di maltrattamento domestico e/o intrafamiliare, l'attivazione di percorsi per l'accoglienza e l'assistenza all'interno delle strutture sanitarie delle vittime di violenza, l'attivazione o l'implementazione di percorsi sanitari e socio sanitari per la presa in carico e la continuità assistenziale alle vittime di violenza, e l'attivazione di programmi per il trattamento degli uomini autori di violenze di genere domestiche e/o intrafamiliari.

I progetti presentati dalle Regioni nel 2012 sono stati 23, e 11 di essi promuovono azioni volte a tutelare le vittime della violenza di genere.

Da ultimo, come ho avuto già modo di ricordare, nel disegno di legge di iniziativa del Ministro della salute, AS 1324, recante disposizioni in materia sanitaria, il cui iter è in fase di conclusione in 12^a Commissione Senato, all'articolo 6 è prevista una specifica disposizione, volta ad inasprire le sanzioni per i reati contro la persona, commessi in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio-sanitarie residenziali o semi residenziali.

ALLEGATO 2

5-08201 Brignone: Servizio di ristorazione scolastica per bambini vegani.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Il Ministero della salute è a conoscenza della problematica delineata nell'interrogazione parlamentare in esame, a seguito di una nota con cui la Lega Anti Vivisezione ha segnalato discriminazioni di bambini e famiglie nell'ambito della ristorazione scolastica, per la mancata piena attuazione delle indicazioni previste dalle « Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica », approvate nel 2010 in sede di Conferenza Unificata da Governo, regioni e province Autonome di Trento e Bolzano ed Autonomie Locali.

A tal riguardo, questo Ministero ha inviato, agli Assessorati alla Sanità delle regioni e province autonome, in data 25 marzo 2016, una nota in cui vengono ricordati gli obiettivi fissati dalle citate Linee di indirizzo.

Infatti, l'Intesa del 29 aprile 2010 ha lo scopo di favorire l'armonizzazione normativa regionale e locale nel settore della ristorazione scolastica, al fine di facilitare fin dall'infanzia l'adozione di abitudini alimentari corrette, per la promozione della salute e la prevenzione di patologie cronico-degenerative, di cui l'alimentazione scorretta è uno dei principali fattori di rischio.

Nell'ambito delle Linee di indirizzo vengono specificati criteri e sono fornite indicazioni in merito alla definizione del capitolato d'appalto, il quale prevede, tra gli standard del servizio offerto, il diritto all'accesso anche agli utenti con particolari esigenze di natura etica e religiosa.

Infatti, tali Linee, alla luce dei profondi cambiamenti sociali e culturali, dei nuovi stili di vita delle famiglie, dell'esigenza di sviluppare politiche di accettazione, di integrazione e di coabitazione, nel rispetto dei diritti e delle libertà individuali, prevedono la possibilità per i genitori di fare richiesta, senza necessità di alcuna certificazione sanitaria, di un menù alternativo, ma comunque adeguato dal punto di vista nutrizionale.

Il Ministero della salute ha in tal modo inteso richiamare l'esigenza di sostenere e promuovere la piena applicazione ed attuazione delle determinazioni contenute nell'Intesa del 2010, nell'ambito delle singole realtà della ristorazione scolastica.

Anche in seguito a questo atto ispettivo continueremo a sollecitare le Regioni, con altre note ancora più puntuali e determinate, proprio nei prossimi giorni.