



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 16

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

218^a seduta: giovedì 2 aprile 2015

Presidenza della vice presidente RIZZOTTI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag.3, 5, 6 e <i>passim</i>
D'AMBROSIO LETTIERI (FI-PdL XVII)	7
DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 5, 6
DIRINDIN (PD)	4
* ROMANO (Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE)	5
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	8

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Area Popolare (NCD-UDC): AP (NCD-UDC); Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Libertà e Autonomia-noi SUD, Movimento per le Autonomie, Nuovo PSI, Popolari per l'Italia): GAL (GS, LA-nS, MpA, NPSI, PpI); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Federalismo Autonomie e Libertà: Misto-FAL; Misto-Italia Lavori in Corso: Misto-ILC; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Ecologia e Libertà: Misto-SEL.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01792, presentata dal senatore Lai e da altri senatori, tra i quali la senatrice Dirindin.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, confermo che il Ministero della salute è a conoscenza della procedura di termizzazione che consente di garantire carni sicure. Lo stesso Ministero, in data 1° agosto 2013, ha rilasciato il proprio nulla osta al «Protocollo operativo» predisposto dall'assessorato alla sanità della Regione Sardegna, finalizzato alla messa in atto di procedure autorizzative per aziende suine e stabilimenti di macellazione e trasformazione per la produzione di carni e prodotti a base di carne suina sottoposti a trattamento termico.

Il Protocollo cui si fa riferimento è un documento tecnico, contenente le modalità operative a cui si devono attenere i soggetti della filiera dei prodotti cotti, senza la previsione di specifici impegni del Ministero, se non di tipo autorizzativo a seguito di apposite istanze, proprio perché trattasi di un elaborato di questo settore. Al paragrafo 5 del «Protocollo operativo» sono programmati controlli, da parte dei Servizi veterinari delle ASL, sugli allevamenti, mattatoi e stabilimenti di trasformazione aderenti alla cosiddetta «filiera dei prodotti cotti». Peraltro di tali attività ispettive regionali il Ministero non ha purtroppo, fino ad oggi, contezza.

Tanto premesso, com'è noto, la normativa comunitaria in materia di Peste suina africana (direttiva 2002/60/CE e decisione di esecuzione 2014/709/UE) prevede l'adozione di misure cautelative e di salvaguardia finalizzate a prevenire la diffusione della malattia su tutto il territorio europeo, tenendo in considerazione quanto previsto anche dal Codice sanitario dell'Organizzazione mondiale della sanità animale. Il territorio europeo, in conseguenza dei focolai di peste suina africana confermati in altri Stati membri – oltre alla Regione Sardegna specificamente in Estonia, Lettonia, Lituania e Polonia – nel 2014 è stato differenziato sulla base del livello di rischio. Le diverse parti dell'allegato I alla decisione dell'Unione europea n. 709 del 2014 sono state suddivise tenendo conto della situazione epide-

miologica relativa alla malattia. La Sardegna è stata inserita nella parte IV dell'allegato, stando a significare l'endemicità della malattia su tutto il territorio regionale, e non solo in parte di esso, nonché la presenza di contatti tra la popolazione suina domestica allevata e quella selvatica, cinghiali e suini ferali (allevati allo stato brado).

La richiesta di poter commercializzare al di fuori dell'isola prodotti suini sardi trattati termicamente, seppur rispondente ai requisiti della normativa vigente (Direttiva 2002/99/CE), deve tener conto dei dati epidemiologici e delle azioni intraprese dal Governo della Sardegna per una valutazione del rischio della situazione sanitaria, requisito indispensabile per una applicazione in sicurezza del regime derogatorio. Tale asserzione trova fondamento nel fatto che le attività di eradicazione straordinarie della peste suina africana, approvate a livello comunitario con decisione del 30 gennaio 2015, e trasposte in un provvedimento regionale nel mese di febbraio 2015, di fatto, non sembrano essere né particolarmente efficienti fino ad oggi, né applicate rapidamente, con precipuo riferimento alla lotta al suino allevato illegalmente, misura che rappresenta il pilastro per fondare le basi di una efficace e proficua azione di contrasto alla malattia in questione.

Inoltre, per quanto attiene ai protocolli, mi sembra opportuno ricordare che è stata condotta una proficua attività, durata alcuni anni e consistita in trattative e mediazioni sotto il coordinamento dell'Unione europea, seguita con un forte interesse dall'industria di trasformazione italiana, la quale, com'è noto, ha potuto apprezzare il lavoro svolto e beneficiare, negli ultimi tempi, dell'incremento di *export* di prodotti tipici italiani.

In conclusione, raccogliendo lo scopo del presente atto ispettivo, si rassicura e si informa che il Ministero della salute da tempo tiene nella massima considerazione le richieste pervenute dalle autorità della Regione Sardegna; a riprova di ciò, fa presente che è stata predisposta una bozza di protocollo sperimentale per la spedizione, canalizzata (così viene indicata) e ad esclusiva utilizzazione dei prodotti suini cotti provenienti da aziende della Regione, autorizzate in ambito «Expo Milano 2015», applicando, di fatto, tutte le regole per l'introduzione di alimenti di origine animale all'evento di Milano contenute nel regolamento di esecuzione n. 329 della Commissione europea del 2 marzo 2015.

Tale protocollo, se condiviso dalla Regione Sardegna, verrà inviato alla Commissione europea per opportuna conoscenza e potrà rispondere ad una delle richieste più pressanti del mondo produttivo sardo.

DIRINDIN (PD). Signor Presidente, ringrazio il Sottosegretario per il suo intervento e mi dichiaro soddisfatta della risposta.

Il protocollo previsto, quindi, dovrebbe consentire anche ai prodotti sardi, così come ad altri prodotti provenienti da territori sui quali sussistono ancora problemi sanitari, di essere commercializzati all'Expo e nel resto d'Europa.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01573, presentata dal senatore Romano e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, in via preliminare ritengo opportuno informare i senatori interroganti che ai fini della presente risposta è stata avviata anche un'istruttoria con il Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione e con il MIUR. Tali dicasteri hanno tuttavia comunicato di non avere, ad oggi, utili elementi a supporto della risposta. Ciò premesso, non vi è dubbio che la questione sollevata dall'interrogante è di particolare rilevanza.

Quanto alla tipologia dei rapporti di lavoro in esame, la giurisprudenza utilizza il termine «parasubordinazione» per designare i rapporti di lavoro di incerta definizione, che presentano caratteristiche intermedie tra quelle del lavoro subordinato e quelle del lavoro autonomo. In particolare, l'esercente la professione sanitaria, ancorché conservi una ragionevole sfera di autonomia, è pur vero che rende le sue prestazioni all'interno delle organizzazioni aziendali/universitarie, come nel caso della domanda sollevata nell'interrogazione, sotto le direttive e il coordinamento dei vertici aziendali. Pertanto, il rapporto di collaborazione professionale che la giurisprudenza riconduce alla cosiddetta parasubordinazione sembrerebbe equiparabile a quello di cui è titolare chi esercita la professione sanitaria alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale.

Tali considerazioni potranno essere approfondite e costituire spunto di riflessione ai fini dell'applicazione, da parte delle Regioni e delle stesse strutture universitarie, delle disposizioni del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri previsto dall'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito dalla legge n. 125 del 2013 (il cosiddetto «DPCM precari»), che, dopo essere stato firmato dal ministro dell'economia, della funzione pubblica e anche dal Ministro della salute è alla registrazione della Corte dei conti e del quale si attende, proprio in questi giorni, la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

Com'è noto, però, il predetto decreto, in attuazione di quanto previsto dalla norma primaria, disciplina apposite procedure concorsuali riservate esclusivamente al personale titolare di contratti di lavoro subordinato a tempo determinato (l'unico elemento di avanzamento che siamo riusciti ad inserire) in possesso di determinati requisiti di anzianità (almeno tre anni negli ultimi cinque) previsti dal legislatore.

Il Ministero della salute, come annunciato più volte dallo stesso Ministro, non si sottrarrà a verificare eventuali altri interventi normativi per affrontare complessivamente, ed in modo organico, il problema del precariato in sanità nel quale rientra anche la questione sollevata con la presente interrogazione.

ROMANO (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Signor Sottosegretario, mi dichiaro soddisfatto della sua risposta in quanto mette in luce che la delicata problematica in merito ai rapporti tra Servizio sanitario nazionale, università e quindi MIUR, è all'attenzione del Governo. Il dato

incoraggiante è che si inizia ad affrontare il tema nei termini dovuti, così come lei sottoponeva alla nostra attenzione, e l'auspicio – questo mio intervento diventa anche evocativo – è che si possa quanto prima risolvere il delicato problema del precariato universitario, anche con compiti assistenziali, per cui, a fronte di retribuzioni veramente irrisorie, si offrono attività lavorative di altissima professionalità e competenza riconosciute non solo al livello nazionale ma anche internazionale.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01575, presentata dal senatore D'Ambrosio Lettieri.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute De Filippo*. Com'è noto, l'articolo 8 del nuovo Patto per la salute 2014-2016 affida ad uno specifico gruppo di lavoro, costituito dai rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, delle Regioni, e di Agenas, la definizione dei contenuti di una proposta di revisione del sistema di partecipazione alla spesa sanitaria, che, a parità di gettito, garantisca meglio l'equità e l'universalismo nell'accesso ai servizi e l'unitarietà del sistema.

In ottemperanza a quanto previsto proprio dal Patto, il gruppo di lavoro ha formulato una proposta che introduce nuovi sistemi di calcolo nelle quote di partecipazione per le prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica, graduando l'importo delle quote da pagare in relazione proprio alla condizione reddituale del nucleo familiare fiscale dell'assistito, ovviamente con esclusione nella proposta degli esenti per patologie. Per l'assistenza specialistica, inoltre, tale importo, secondo la proposta del gruppo di lavoro, rimarrebbe comunque al di sotto del valore tariffario della stessa prestazione per evitare che gli assistiti possano trovare in regime privato le medesime prestazioni ad un prezzo inferiore alla tariffa.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, la proposta parte dal presupposto che la maggior parte delle Regioni, com'è noto, ha già autonomamente introdotto quote di partecipazione, per lo più sotto forma di quota fissa per confezione di importo ridotto per gli assistiti in possesso di esenzione per patologia. Coerentemente a tale impostazione, la proposta del gruppo di lavoro prevede l'introduzione di una quota fissa per ciascuna confezione di farmaci di importo ridotto per gli esenti per patologia e comunque graduata anche in funzione della condizione reddituale dello stesso assistito, così come per la specialistica.

Riassumo i contenuti della proposta con specifico riguardo alle preoccupazioni dell'onorevole interrogante e chiarisco che gli esenti per patologia, pur non essendo tenuti a partecipare alla spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, come già accade, sono invece tenuti a pagare quota fissa ridotta e graduata in funzione del reddito prodotto dal loro nucleo familiare. La proposta, che ho riassunto sinteticamente, è stata sottoposta al Ministro per le valutazioni necessarie tecniche, e ovviamente anche politiche; per la sua introduzione operativa sarà comunque necessaria una modifica legislativa delle norme vigenti.

D'AMBROSIO LETTIERI (*FI-PdL XVII*). Signor Sottosegretario, dichiaro la mia parziale soddisfazione in merito alla sua risposta, apprezzando da un lato l'impegno profuso, anche in relazione a quanto previsto dall'articolo 8 del Patto per la salute, evidenziando dall'altro qualche perplessità in ordine innanzi tutto al fatto che non siano previste fasi di confronto con gli organismi rappresentativi dei diritti dei cittadini, che credo potrebbero utilmente produrre indicazioni e suggerimenti al fine di individuare i percorsi migliori, anche sotto il profilo legislativo, per garantire la prosecuzione di un sistema sanitario nazionale ispirato ai principi di universalità ed equità. Aggiungo anche, a beneficio dell'attività che il Governo sta svolgendo su questo versante, la necessità di considerare la recente revisione dei parametri introdotti nel sistema ISEE, cioè l'indicatore della situazione economica equivalente, perché si ha il paradosso che tutte le somme erogate ai fini assistenziali vengono considerate reddito, per cui sostanzialmente tanta gente che si trova in una condizione di patologia e trova il conforto dello Stato nell'assistenza, anche attraverso erogazione di benefici economici, finisce con il sommare questi benefici al proprio reddito personale, determinando un superamento del tetto minimo per ottenere agevolazioni. Credo che questo sia un paradosso sul quale bisognerebbe intervenire con un elemento di correzione. Aggiungo peraltro che la ventilata ipotesi di rivedere le modalità di esenzione con riferimento all'età, considerato che le aspettative di vita aumentano (il tetto dei 65 anni potrebbe essere eliminato o addirittura spostato in avanti), è assolutamente ingiustificata e non condivisibile, per quanto mi riguarda. In particolar modo, se è vero che la nostra è una medicina che cura sempre di più e guarisce sempre di meno, è anche vero che è proprio nella cronicità che aumenta il bisogno di una comunità e, secondo i principi di solidarietà e universalità, lo Stato deve essere sempre pronto a farsi carico della fascia dei soggetti più deboli che hanno bisogno di assistenza in un momento nel quale la crisi economico-finanziaria sta addirittura riducendo l'accesso ai servizi dei cittadini proprio perché impossibilitati a pagare neanche il *ticket*. Questa diventa pertanto materia di estremo rilievo a cui va destinata un'attenzione molto particolare.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario De Filippo per la sua presenza e la sua disponibilità.

Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 9,05.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

ROMANO, AIELLO, BAROZZINO, COMPAGNONE, CUOMO, D'AMBROSIO LETTIERI, DE BIASI, DE CRISTOFARO, DI BIAGIO, DI MAGGIO, D'ONGHIA, FLORIS, MARAN, PETRAGLIA, ROMANI Maurizio, ROSSI Maurizio, SAGGESE, SOLLO, SPILABOTTE, URAS, VOLPI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

nelle facoltà di Medicina delle università italiane, per l'attività assistenziale svolta a favore del Servizio sanitario nazionale e al fine di superare alle carenze di personale, prestano la loro opera medici che svolgono attività individuale di lavoro libero professionale;

tale impiego si configura nella sostanza come una fattispecie lavorativa dipendente a tempo determinato (ai sensi del combinato disposto dall'art. 7 del decreto legislativo n. 165 del 2001 e degli articoli 2222 e seguenti del codice civile);

tali impieghi, mediamente della durata di 6 mesi, non prevedono l'istituto della proroga;

nella realtà, questi incarichi vengono prorogati nella maggioranza dei casi senza soluzione di continuità;

i sistematici rinnovi contrattuali periodici per il personale sanitario, da parte degli atenei, fanno sì che detti lavoratori prestino con continuità la loro attività negli ospedali universitari ormai da molti anni;

tenuto conto dell'età di tali medici che, di rinnovo in rinnovo, supera spesso i 40 anni, tale situazione lavorativa si può raffigurare come «precaria»;

in considerazione dei titoli e delle competenze di elevata professionalità acquisite negli anni di lavoro, gli emolumenti di questi lavoratori, concordati di volta in volta, appaiono molto bassi, paragonando altresì la loro attività con quella dei medici strutturati che godono di un contratto nazionale a tempo indeterminato ben definito con il giusto stipendio, ferie, permessi di maternità, straordinari e quant'altro,

si chiede di sapere come intenda il Ministro in indirizzo riconoscere le giuste figure professionali dei medici che da così tanti anni subiscono una soluzione contrattuale iniqua e vessatoria, considerato che il lavoro svolto è identico, per responsabilità e per orari, ai loro colleghi «strutturati».

(3-01573)

D'AMBROSIO LETTIERI. – *Ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

in Italia il *ticketsanitario* rappresenta una quota di partecipazione diretta dei cittadini alla spesa pubblica quale controprestazione per l'assistenza sanitaria fornita dallo Stato;

esso rappresenta inoltre una leva fondamentale con la quale è possibile incidere direttamente sui principi fondanti del Servizio sanitario nazionale come equità e soprattutto solidarietà e raffigura di fatto l'aliquota di contribuzione da parte del cittadino al costo associato ad una prestazione del SSN;

i cittadini sono tenuti a versare il *ticketsanitario* per diagnostica, specialistica, *day hospital*, farmaceutica e per il pronto soccorso. Esiste altresì un sistema di esenzioni per reddito e fasce di età e per i servizi considerati «salvavita»;

il coordinatore degli assessori regionali per la Sanità e assessore per la Sanità del Veneto, dottor Luca Coletto, avrebbe avanzato una proposta di soppressione delle esenzioni di pagamento del *ticket* per le persone *over 65* ad esclusione dei pensionati sociali, delle patologie gravi, dei disoccupati e delle famiglie numerose;

da notizie emerse sul quotidiano «il Giornale» del 13 gennaio 2015 si può evincere come egli abbia affermato anche che: «Le aspettative di vita sono aumentate e si va in pensione più tardi; dunque non ha senso dare esenzioni a persone non affette da gravi patologie»;

«Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato», associazione in sostegno e a tutela dei cittadini, ha proposto di sopprimere il «*superticket*», attualmente in vigore, sulla ricetta, visto come una vera e propria «tassa» che ad oggi sta favorendo il sistema sanitario privato a scapito di quello pubblico;

se le indiscrezioni trapelate da Governo e Regioni in merito ad un'azione di revisione dei *ticket* sanitari dovessero trovare conferma, sarebbe un ulteriore passo, dopo l'entrata in vigore del nuovo Isee che considera reddito anche le prestazioni assistenziali, verso il totale dispregio dei diritti dei più deboli;

a giudizio dell'interrogante dovrebbe essere applicata una revisione alternativa che potrebbe essere rappresentata dall'applicazione di un sistema di compartecipazione di tipo progressivo in base alla capacità di reddito e, contemporaneamente, esenzioni totali in base a reddito, età e patologie, a cominciare dai malati cronici e rari,

si chiede di sapere:

quali orientamenti i Ministri in indirizzo intendano esprimere in riferimento a quanto esposto e, conseguentemente, quali iniziative vogliano intraprendere, nell'ambito delle proprie competenze, per porre rimedio alla questione delle esenzioni al *ticket* sanitario;

quali orientamenti intendano esprimere circa la tutela delle esenzioni totali per patologie croniche e malattie rare;

se sulla bozza di proposta di revisione dei *ticket* intendano audire formalmente le associazioni di cittadini e pazienti maggiormente rappresentative;

se intendano prevedere soluzioni alternative alla soppressione delle esenzioni di pagamento del *ticket* per le persone *over 65*.

(3-01575)

LAI, DIRINDIN, DE BIASI, CUCCA, ANGIONI, MANCONI, BROGLIA, CALEO. – *Al Ministro della salute*. – Premesso che:

l'importazione verso l'Unione europea di prodotti alimentari di origine animale è possibile solo se sono garantiti requisiti sanitari che riguardano in particolare la sanità animale (assenza o controllo adeguato di determinate malattie che possono essere trasmesse tramite i prodotti in questione), gli aspetti igienico-sanitari (stabilimenti di macellazione, eccetera), i residui di farmaci e contaminanti (adeguata attuazione di programmi di controllo);

nel caso di prodotti come carni bovine o suine fresche solo 15 Paesi circa in tutto il mondo sono attualmente autorizzati alla esportazione verso l'Unione europea, a seguito di un'autorizzazione che viene concessa solo dopo severe visite ispettive *in loco*;

considerato che:

attualmente è fatto divieto di esportazione dalla Sardegna di carni suine macellate in relazione alla presenza da diversi anni dell'infezione della peste suina africana sull'isola;

verso la fine del 2014 è stato avviato un nuovo piano di eradicazione della peste suina dall'isola, concordato e gestito congiuntamente dalla Commissione europea, dal Ministero della salute e dalla Regione Sardegna;

il piano sta procedendo con efficienza e celerità sotto la consulenza scientifica del professor Vizcaino, il massimo esperto europeo in tale settore;

tenuto conto che:

da alcune ricerche scientifiche condotte negli ultimi anni risulta che il virus della peste suina viene totalmente eliminato dalle carni se sottoposte a trattamenti oltre i 90 gradi centigradi poiché a tali temperature il virus viene inibito anche dall'interno delle ossa; inoltre, risulta che lo stesso effetto si ottiene anche se le carni vengono sottoposte ad un processo di stagionatura che va dai 112 ai 399 giorni;

pertanto i prodotti «termizzati» sulla base degli studi scientifici sono considerati indenni dalla trasmissione del virus della peste suina e dunque in linea con quanto previsto dalla normativa UE attualmente in vigore;

la direttiva 2002/99/CE del Consiglio dell'Unione europea, all'articolo 4, stabilisce che «gli Stati membri possano autorizzare, a determinate condizioni, la produzione, trasformazione e distribuzione di prodotti di origine animale provenienti da un territorio o da una parte di esso sog-

getti a restrizioni per motivi di polizia sanitaria, ma che non provengono da un'azienda infetta o che si sospetta sia infetta»;

inoltre, nell'allegato si precisa che «i prodotti sottoposti a trattamenti specifici (termico e stagionatura) hanno una efficacia riconosciuta contro la sopravvivenza della peste suina africana»;

nel luglio 2013 è stato firmato un protocollo d'intesa tra la Regione Sardegna e il Ministero per l'applicazione della direttiva; a seguito di ciò diverse aziende sarde, sotto la vigilanza dello stesso Ministero, hanno predisposto impianti per il trattamento termico delle carni suine per renderle conformi ai requisiti previsti dalla direttiva UE e dunque esportabili in tutto il territorio dell'Unione;

secondo quanto previsto nello stesso protocollo, il Ministero avrebbe dovuto emanare direttive per l'autorizzazione degli stabilimenti sardi, rispettosi di tale normativa, al trattamento di tali carni;

considerato, infine, che:

per soddisfare la grande richiesta di carni dei numerosissimi ristoranti etnici presenti all'ormai imminente Expo di Milano (dove è prevista la presenza di oltre 100 Paesi extra Unione europea) sarà necessario assicurare l'importazione di prodotti di origine animale anche da moltissimi paesi non autorizzati;

molti paesi extraeuropei avrebbero avuto, infatti, difficoltà a fornire tutti i requisiti sanitari previsti e vista la complessità delle normali procedure autorizzative, l'Italia ha richiesto alla Commissione europea di stabilire regole speciali in occasione dell'Expo;

tali regole sono state discusse e poi approvate nel dicembre 2014 e pubblicate nel marzo 2015 sotto forma di decisione della Commissione nella quale si prevede che i prodotti alimentari in questione siano accompagnati da un certificato sanitario semplificato, controllati in entrata, autorizzati all'introduzione nella UE e canalizzati verso alcuni depositi frigoriferi individuati dall'Italia prima di essere trasferiti all'Expo di Milano, e dovranno essere consumati sul posto. Tutti i rifiuti dei ristoranti dell'Expo verranno distrutti e gli eventuali prodotti avanzati dovranno essere anch'essi distrutti oppure riesportati verso il Paese di origine. In tal modo molte decine di Paesi ai quali tali esportazioni sono precluse avranno la possibilità di offrire e far conoscere i loro prodotti a milioni di visitatori ed operatori commerciali di tutto il mondo, ma allo stesso tempo non vi saranno rischi né per il consumatore né da un punto di vista della sanità animale;

in tale contesto, l'Italia potrebbe attivare procedure che consentano lo stesso sistema di canalizzazione ai prodotti a base di carni suine sarde, adeguatamente trattati termicamente per eliminare ogni rischio di peste suina africana ed autorizzare il loro consumo all'Expo. Peraltro a differenza dei prodotti che verranno importati sulla base delle speciali norme semplificate adottate dalla Commissione europea, i prodotti termizzati sono già conformi ai normali requisiti europei essendo stati sottoposti ai trattamenti necessari e pertanto idonei ad essere regolarmente commercializzati in tutta l'Unione;

a tale scopo sarebbe opportuno che il Ministero autorizzi gli stabilimenti sardi conformi ai requisiti necessari ad accedere alle procedure di canalizzazione previste dalla Commissione europea per l'Expo di Milano;

per la Regione Sardegna e per tutti gli operatori del settore avere almeno questa possibilità di commercializzazione, sia pure limitata al solo Expo di Milano, sarebbe un segnale importantissimo che rafforzerebbe la riuscita del programma di eradicazione della peste suina africana;

sarebbe molto difficile, anche da un punto di vista squisitamente politico, accettare che alla Sardegna venga riservato dal Governo un trattamento di rango inferiore a quello che si concede a Paesi terzi;

considerato, infine, che:

il provvedimento attuativo del programma di eradicazione della malattia prevede già i requisiti e le procedure di competenza della Regione Sardegna che si dovranno mettere in atto per rendere possibile la commercializzazione dei porcetti termizzati fuori dall'isola;

il Ministero della salute, anche in collaborazione con il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali responsabile per Expo 2015, può e deve stabilire procedure di canalizzazione analoghe a quelle per i Paesi extra UE, stabilite dalla Commissione europea, anche per alcuni cibi regionali italiani,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza delle procedure di termizzazione riconosciute a livello nazionale ed europeo che consente di garantire carni prive di qualunque rischio di presenza di virus;

se non ritenga di doversi attivare con la massima sollecitudine per dare seguito agli impegni assunti nel luglio 2013 autorizzando gli stabilimenti di produzione di carne termizzata conformi ai requisiti previsti dalla normativa in vigore;

se, nelle more della conclusione dei processi autorizzativi definitivi, non ritenga di dover assicurare anche ai prodotti sardi trattati termicamente un corridoio sanitario analogo a quello garantito ai Paesi extra europei applicando le procedure europee straordinarie per l'Expo, al fine di consentire anche ai prodotti sardi la loro presenza completando l'offerta produttiva e gastronomica italiana.

(3-01792)