

*INTERROGAZIONI PER LE QUALI È PERVENUTA  
RISPOSTA SCRITTA ALLA PRESIDENZA*

---

ALOI. — *Ai Ministri della sanità e dell'interno.* — Per sapere — premesso che:

come è stato denunciato dall'interrogante con altro atto ispettivo rimasto ad oggi senza alcuna risposta, si è proceduto, da parte dell'attuale Giunta regionale della Calabria costituita a seguito di un assurdo « ribaltone », a sostituire la maggioranza dei manager di Asl ed aziende ospedaliere senza tenere in alcun conto il fatto che in diverse Asl ci si trovava di fronte a manager che non avevano demeritato, e che in questo contesto di sostituzioni si inserisce quella del manager dell'Asl n. 10 (Gioia Tauro-Palmi) della provincia di Reggio Calabria Asl 10 che è stata commissariata. Il signor Antonio Belcastro nominato commissario come primo provvedimento ha stabilito il passaggio alla assistenza farmaceutica indiretta senza alcun preavviso per cittadini interessati e senza avere ritenuto di dovere consultare gli ordini, le associazioni dei farmacisti ed il Tribunale del malato;

ad avviso dell'interrogante la decisione di cui sopra il prodotto di un commissario nominato da una Giunta regionale che ad avviso dell'interrogante espressa assolutamente dalla volontà popolare, bensì da un'operazione di discutibile, se non inaccettabile manovra di bassa lega, caratterizzata da un assurdo « ribaltone », con la conseguenza che il ricorso all'assistenza farmaceutica indiretta ha provocato legittime reazioni a vari livelli, ed in particolare presso i ceti meno abbienti ed economicamente più deboli —:

se non ritengano di dovere tempestivamente intervenire nel rispetto dell'autonomia e delle competenze regionali, affinché sia posto rimedio ad una situazione che potrebbe avere riflessi anche in termini di ordine pubblico, e ciò in considerazione del fatto che va a spiegare i propri effetti in una area — quale è quella della zona tirrenica della provincia di Reggio Calabria —, dove esiste una situazione socio-economica oltremodo drammatica.  
(4-24802)

ALOI. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere — premesso che:

si verifica uno stato di diffuso malcontento e di legittima protesta nella città di Reggio Calabria e nella sua provincia dove, a causa della sospensione dell'assistenza sanitaria diretta per moltissimi farmaci da parte della Asl (Asl 9 di Locri, Asl 10 di Palmi e Asl 12 di Reggio Calabria) si è venuta a creare una situazione sociale insostenibile che vede penalizzate le categorie più deboli (anziani e meno abbienti) ed i cittadini che soffrono di patologie gravi con conseguenze pesanti sotto il profilo della salvaguardia della salute, bene che è costituzionalmente, ma purtroppo non realmente, garantito;

si sono registrate anche numerose reazioni da parte di enti e di istituzioni, come il Tribunale del malato di Reggio Calabria, che hanno invitato le citate Asl ad apportare delle modifiche nella « distribuzione dei farmaci divisi per modalità di somministrazione, di prezzo e di durata della terapia », e ciò al fine di non con-

sentire che un assurdo provvedimento, quale quello in questione, possa continuare a dispiegare i suoi negativi effetti su ceti e cittadini socialmente deboli e indifesi, che talvolta finiscono, per disperazione, con l'attribuire responsabilità alla categoria dei farmacisti anche loro penalizzati da un assurdo ed antisociale provvedimento —:

se sia a conoscenza della situazione descritta;

se non ritenga che siffatto stato di cose sia oltremodo insostenibile e quali iniziative di sua competenza intenda adottare al riguardo. (4-25111)

**RISPOSTA.** — *Si risponde alle interrogazioni parlamentari in esame sulla base degli indispensabili elementi acquisiti dalle competenti Autorità sanitarie regionali per il tramite del Commissariato del Governo nella Regione Calabria.*

*L'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali ha inteso precisare che le misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica, adottate con la circolare datata 27 agosto 1999, diramata ai Commissari e Direttori Generali delle Aziende USL ed Ospedaliere della Calabria, non si configurano in alcun modo come assistenza farmaceutica indiretta.*

*Il concreto obiettivo perseguito, in accordo con l'Associazione Federfarma, è quello di contenere la spesa farmaceutica regionale con gli strumenti a tal fine più idonei, nel rispetto delle necessità assistenziali dell'utenza interessata.*

*La circolare in questione è stata definita in via del tutto provvisoria ed in attesa dell'emanazione di apposite linee guida, concordate con gli organismi regionali coinvolti e con il vantaggio dell'impegno assunto da Federfarma in ordine alla partecipazione alla raccolta di dati di consumo per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica, allo scopo di pervenire alla ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dell'impiego terapeutico dei medicinali, con un migliore utilizzo delle risorse e proprio per garantire nel tempo l'assistenza farmaceutica diretta senza penalizzare i ceti meno*

*abbienti e le classi economicamente e socialmente più deboli.*

*In sintesi, con la circolare del 27 agosto 1999, sono state date agli operatori sanitari regionali disposizioni in merito alla prescrizione di determinate categorie di medicinali, alla trasmissione delle ricette, all'osservanza delle note prescrittive formulate dalla Commissione Unica del Farmaco.*

*Con la successiva circolare dell'8 settembre 1999, a seguito degli accordi intercorsi fra l'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali e la Federfarma, ed al fine di mantenere la spesa farmaceutica nella Regione Calabria entro i limiti della media nazionale pro capite, sono state emanate le previste linee guida, contenenti indicazioni sulla prescrizione dei medicinali e sulle relative ricette.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

**APREA.** — *Ai Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della sanità. — Per sapere — premesso che:*

*la formazione del tecnico di angiocardiochirurgia perfusionista è sempre stata di livello universitario: l'accesso alle scuole è regolato dalle disposizioni previste per l'ammissione ai corsi di laurea ed attualmente esistono otto scuole universitarie di durata triennale dirette a fini speciali;*

*la professione del tecnico di angiocardiochirurgia perfusionista è nata circa trent'anni fa ed è oggi indispensabile per gli interventi a cuore aperto, come tecnica di supporto, terapia ed assistenza;*

*il perfusionista svolge quindi un'attività tecnica ed assistenziale con grandi responsabilità e durante le fasi dell'intervento chirurgico il tecnico agisce di propria iniziativa con compiti, quindi, altamente qualificati e professionali;*

*a tutt'oggi non sono stati adottati provvedimenti quali la costituzione di un albo professionale di perfusionisti e neanche il riconoscimento della laurea breve;*

attualmente, infatti, esiste solo un diploma di tecnico in fisiopatologia cardiocircolatoria —:

quali iniziative intenda adottare per riconoscere ai tecnici professionisti il ruolo e lo *status* giuridico che meritano attraverso la costituzione di un albo professionale e la trasformazione del diploma universitario in laurea breve. (4-25515)

RISPOSTA. — *Con riferimento all'atto di sindacato ispettivo indicato sul riconoscimento del ruolo e dello « status » del « Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare » si comunica che, dal competente Ministero della Sanità, con il decreto ministeriale n. 316 del 27 luglio 1998, pubblicato sulla G.U. n. 203 dell'1.9.98, è stata individuata la figura e il profilo di tale tecnico: per esso è previsto il diploma universitario abilitante all'esercizio professionale.*

*La trasformazione dei corsi di S.D.F.S. esistenti in corso di Diploma Universitario non è stata finora possibile per la mancata approvazione del relativo ordinamento didattico. Comunque tale formazione dovrà essere svolta in un corso di laurea di I livello, così come prevede la riforma dei corsi di studio ai sensi della legge 127/97.*

*Il decreto di area relativo ai corsi di studio sanitari deve essere approvato anche dal Ministero della Sanità.*

Il Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica: Luciano Guerzoni.

ARMAROLI. — *Al Ministro della difesa.*  
— Per sapere — premesso che:

a quanto pare le gallerie antiaeree, risalenti alla seconda guerra mondiale, risulterebbero in completo stato di abbandono —:

se non ritenga opportuno che siano compiuti accertamenti allo scopo di censire, verificare e sorvegliare detti siti, dislocati in ogni parte del paese, al fine di appurare se essi non nascondano armi o

altro materiale bellico a disposizione della criminalità comune o di gruppi eversivi.  
(4-30369)

RISPOSTA. — *Le gallerie antiaeree realizzate dall'Amministrazione della Difesa durante la II guerra mondiale sono tutte ubicate all'interno di immobili militari e permangono sotto il diretto controllo delle autorità militari responsabili delle infrastrutture che esercitano un'adeguata sorveglianza. Può perciò escludersi che queste gallerie vengano utilizzate per le attività criminose rappresentate dall'interrogante.*

*Peraltro, si evidenzia che nel periodo bellico furono costruiti appositi rifugi antiaerei anche da parte di altre istituzioni pubbliche per esigenze di protezione proprie e della popolazione civile.*

*Tali strutture in base al decreto legislativo 11 marzo 1948, n. 409 e la circolare n. 55/6650 del 10 giugno 1948 del Ministero delle Finanze sono state dichiarate di pubblica utilità e passate in consegna alle amministrazioni comunali. Sulle stesse, come ovvio, la Difesa non esercita alcun tipo di controllo e pertanto non può riferire sull'eventuale uso improprio delle stesse.*

Il Ministro della difesa: Sergio Mattarella.

CAVALIERE, CÈ, DALLA ROSA e SANTANDREA. — *Ai Ministri della sanità, dell'interno e dell'università e della ricerca scientifica.* — Per sapere — premesso che:

il decreto ministeriale 10 marzo 1983, contenente l'elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le Unità sanitarie locali, valevoli per la formazione delle commissioni esaminatrici per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione dei medici farmacisti presso le medesime Unità sanitarie locali, considerava la specializzazione in criminologia clinica quale disciplina affine alla psichiatria e alla medicina legale;

il decreto ministeriale 10 dicembre 1991, nell'istituire la disciplina della medicina delle farmaco-tossicodipendenze, inserendole nell'elenco delle discipline equipollenti ed affini di cui al decreto ministeriale 10 marzo 1983, in tabella A e B, considerava la specializzazione in criminologia clinica disciplina affine;

il decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 1996, n. 500, riguardante l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, considerava la specializzazione in criminologia clinica affine alla medicina legale ed alla psichiatria;

la figura dello specialista in criminologia clinica, proprio per la connotazione multidisciplinare che la caratterizza, è contemplata nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze;

in molti casi la scelta di tale specializzazione è stata dettata proprio dalla valutazione di equipollenza desumibile dai suddetti decreti;

il decreto ministeriale 30 gennaio 1998, relativo alle tabelle delle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale ed il decreto ministeriale 31 gennaio 1998, riguardante le tabelle relative alle specializzazioni previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, nelle tabelle allegate non riportano la specializzazione in criminologia clinica e psichiatria forense, e conseguentemente segnano un'inversione di tendenza rispetto a quanto previsto dai decreti precedenti;

il decreto ministeriale 22 gennaio 1999, recante modificazioni e integrazioni alle tabelle delle equipollenze e delle affinità previste dai decreti ministeriali 30 e 31 gennaio 1998, pur disponendo l'introduzione nelle tabelle di cui sopra di ulteriori servizi, scuole e specializzazioni non prevede la specializzazione in criminologia clinica e psichiatria forense —:

quali siano state le motivazioni che hanno determinato il mancato riconoscimento dell'equipollenza, nei decreti ministeriali del 30 e 31 gennaio 1998 e del 22 gennaio 1999, della specializzazione di cui in premessa, anche in considerazione del fatto che nell'attuale contesto sociale, caratterizzato da un continuo aumento dei fenomeni criminosi, l'inserimento della figura dello specialista in criminologia clinica e psichiatria forense, nell'ambito dell'apparato del Sistema sanitario nazionale, risulta quanto mai opportuno;

quali iniziative si intendano adottare al fine di evitare che anche in futuro si vengano a creare le medesime discriminazioni, che attualmente si registrano a scapito di coloro che hanno conseguito la suddetta specializzazione ed in particolar modo nei confronti di quelli che si sono specializzati successivamente al gennaio 1998. (4-22686)

RISPOSTA. — *La specializzazione in « criminologia clinica » non compariva tra le discipline equipollenti ad alcuna disciplina nel testo del decreto ministeriale 10 dicembre 1991, integrato con i precedenti decreti ministeriali che definivano l'elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le unità sanitarie locali, valevole per la formazione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione di medici, farmacisti e veterinari presso le unità sanitarie locali, bensì veniva considerata semplicemente tra quelle affini alla psichiatria e, in particolare, la specializzazione in « criminologia clinica e psichiatria forense » era collocata solo tra le affini alla « medicina delle farmacotossicodipendenze ».*

*Com'è noto, le specializzazioni in medicina e chirurgia, a seguito del recepimento della direttiva n. 82/76/CEE, avvenuto con D.LVO 8 agosto 1991, n. 257, sono valutabili solo se ricomprese negli elenchi formati ed aggiornati ai sensi degli articoli 1, comma 2, ed 8, comma 1, dello stesso D.LVO n. 257/91, ovvero se il relativo corso di*

formazione è iniziato prima dell'anno accademico 1991/1992, come stabilito dall'articolo 10, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484.

In tali elenchi non sono ricomprese né la « medicina delle farmacotossicodipendenze » né la « criminologia clinica ».

A seguito dell'entrata in vigore della normativa di rango comunitario, la specializzazione in « medicina delle farmacotossicodipendenze » è stata soppressa e, pertanto, nei decreti ministeriali 30 gennaio 1998 (=« Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale ») e 31 gennaio 1998 (=« Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale »), non poteva essere inserita tra le specializzazioni ad essa affini la specializzazione in criminologia clinica e psichiatria forense ».

Infine, il decreto ministeriale 22 gennaio 1999 ha apportato alcune integrazioni alle citate tabelle, sulla base di motivate richieste presentate dagli interessati al Ministero dopo la pubblicazione dei decreti 30 gennaio 1998 e 31 gennaio 1998, tra cui non compaiono precipue richieste concernenti la specializzazione in « criminologia clinica e psichiatria forense » che comunque, per le ragioni ora ricordate non avrebbero potuto avere accoglimento.

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

CENTO, DE CESARIS, SCIACCA e LUCIDI. — Al Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. — Per sapere — premesso che:

in data 24 e 25 marzo 1999 si sono tenute le elezioni per il rinnovo della componente studentesca nel senato accademico e nei consigli di facoltà dell'Università degli studi di Roma « Tor Vergata »;

in merito allo svolgimento delle elezioni sono state rilevate le seguenti anomalie:

a) le immatricolazioni per l'anno accademico 1998/1999 sono state caratterizzate dall'iscrizione d'alcune centinaia di persone con un'età media superiore ai 30 anni che non hanno frequentato i corsi né terminato di pagare le tasse universitarie. Questo fenomeno si è verificato anche nel passato in concomitanza delle elezioni studentesche degli anni accademici 1989/1990 e 1992/1993;

b) vi sono delle incongruenze tra lo statuto d'ateneo e il regolamento elettorale in quanto il primo prevede il metodo proporzionale per l'elezione della componente studentesca nel senato accademico mentre il secondo prevede un sistema maggioritario a preferenza unica;

c) alla data delle elezioni non erano state predisposte dalla commissione elettorale d'ateneo le liste elettorali come previsto dal regolamento. Ciò ha leso il diritto di voto, in quanto le procedure adottate, oltre che illegittime, hanno causato una forte riduzione dell'afflusso alle urne —:

se non ritenga opportuno: a) verificare nell'ambito della propria competenza la regolarità della suddetta consultazione elettorale; b) predisporre iniziative per impedire il ripetersi del fenomeno delle iscrizioni *ad hoc* di « studenti fittizi » al solo scopo di partecipare alle elezioni delle rappresentanze studentesche. (4-25764)

RISPOSTA. — In relazione all'atto di sindacato ispettivo indicato, cui questo Ministero ha Interpellato il Rettore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata al fine di acquisire elementi di giudizio sulla vicenda segnalata dagli interroganti.

Al riguardo si comunica quanto segue. Punto sub a): Corrisponde al vero la notizia dell'iscrizione di dipendenti o ricercatori dell'Università di Roma Tor Vergata, come studenti dello stesso Ateneo nell'anno 1998/99.

La vicenda sulla quale sono in corso accurati rilevamenti statistici ed indagini, sembra circoscritta a talune Facoltà o corsi di laurea che per tradizione presentano un limitato numero di iscritti, e si ripropone

periodicamente, in coincidenza con le elezioni per il rinnovo delle rappresentanze studentesche, in seno agli organi di governo dell'Ateneo.

Tale circostanza temporale, Cui si aggiunge l'età dei neo-iscritti, assai più alta rispetto alla media studentesca, legittima la conclusione che possa trattarsi di un tentativo di condizionare gli esiti di tale importante scadenza elettorale attraverso appunto una campagna di iscrizioni mirate su specifiche facoltà, che per il basso numero di studenti iscritti e la endemica scarsità di affluenza di elettori, vengono considerate più facilmente conquistabili da gruppi organizzati. Quali che siano l'origine e gli intendimenti di tali iniziative, e la loro eventuale rilevanza penale o disciplinare, gli Organi responsabili dell'Ateneo hanno comunque invitato tutto l'elettorato, nella totalità delle sue componenti, ad una massiccia presenza alle urne, in modo da assicurare la più alta rappresentatività degli eletti ed una corretta dialettica democratica, ed isolare eventuale tentativi di strumentalizzazione o condizionamento dei superiori interessi dell'Ateneo.

I lamentati episodi hanno una rilevanza statistica piuttosto limitata e comunque, pur ripetuti periodicamente, non hanno impedito all'Ateneo di intensificare la propria attività di ricerca e la crescita della popolazione studentesca, incrementata di una percentuale che, tra le Università del Lazio, non ha eguali negli ultimi anni.

Infatti a partire dal 1996 si sono avuti un numero di studenti corrispondenti a migliaia di unità, e di conseguenza il fenomeno segnalato sembra non avere caratteristiche di generalità.

Punto sub b): lo Statuto dell'Ateneo, all'articolo 12, prevede che il Senato Accademico sia, tra l'altro, composto da « sette studenti eletti da tutti gli studenti iscritti con metodo proporzionale ». Nel contesto dello Statuto d'Ateneo l'opzione proporzionalistica appare rivolta a tre obiettivi: 1) garantire al massimo l'eguaglianza del voto dei singoli elettori; 2) assicurare parità di chances ai candidati; 3) tutelare le minoranze. Essa mira, in particolare, ad evitare che eventuali gruppi maggioritari che par-

tecipino alla competizione elettorale risultino sovrarappresentati al limite, aggiudicandosi la totalità dei seggi, con conseguente esclusione dal collegio della rappresentanza di minoranze anche consistenti.

Nell'ambito delle tecniche proporzionalistiche non basate su liste preformate di candidati, una delle più lineari e trasparenti è costituita dal sistema del voto limitato.

Il Regolamento elettorale d'Ateneo ha utilizzato tale tecnica, accogliendo il sistema della preferenza unica. Tale sistema è stato preferito dall'Università per tre ragioni: 1) l'attribuzione ad ogni elettore di un solo voto di preferenza costituisce l'applicazione meno maggioritaria della tecnica del voto limitato; 2) perché è conciliabile con la logica che presiede al sistema di surroga prescelto dallo Statuto; 3) perché è il più idoneo a garantire la segretezza del voto.

Si ritiene, infine, precisare che il Rettore, su mandato del Consiglio di Amministrazione, ha già istituito con decreto rettorale un'apposita Commissione istruttoria con il precipuo compito di riscontrare possibili irregolarità e/o anomalie verificatesi all'atto delle immatricolazioni studentesche e di proporre le misure atte a risolvere il problema, anche attraverso proposte di modifica dello Statuto. I lavori della Commissione sono ancora in corso.

Il Ministero, comunque, non mancherà di seguire con attenzione la vicenda oggetto dell'interrogazione e di valutare la possibilità di attivare gli strumenti ispettivi, nel caso che il fenomeno dovesse ripetersi.

Il Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica: Luciano Guerzoni.

CONTI. — Al Ministro della sanità. — Per sapere — premesso che:

è ormai noto da tempo che, tramite Internet, è possibile accedere alla vendita di medicinali senza autorizzazioni « legali », ordinandoli e ricevendoli a domicilio;

è evidente come questi acquisti siano al di fuori della legge e, fra l'altro, estre-

mamente rischiosi. Avvengono, infatti, senza la prevendita e, ovviamente obbligatoria, visita medica, senza diagnosi, senza alcuna prescrizione e senza informazione sugli effetti e sulle modalità di impiego del farmaco;

per ordinare medicinali via Internet è sufficiente conoscere i siti dei punti vendita dislocati in alcune nazioni asiatiche, nell'America centro-meridionale e negli Stati Uniti;

sono evidenti le difficoltà di regolamentare gli acquisti dei farmaci via Internet e di far sì che tale commercio risponda alla vigente legislazione italiana in materia di sicurezza, di qualità e di efficacia delle specialità medicinali;

il sindacato dei farmacisti — Federfarma — ha già denunciato i rischi ed i pericoli legati alle vendite telematiche, così come non sono da trascurare le preoccupazioni legate al possibile impatto negativo della riduzione del giro d'affari dei distributori e dei farmacisti;

è altresì noto che molte farmacie italiane si fanno pubblicità via Internet, ma occorre distinguere tra mera pubblicità e vendita;

è necessario, inoltre, distinguere tra vendita del farmaco da parte delle aziende produttrici ai distributori e alle farmacie e vendita del farmaco da parte delle aziende, dei distributori e delle farmacie al privato cittadino e al malato —;

se sia a conoscenza della proposta del presidente nazionale di Farmindustria per l'adozione, anche in Italia, del sistema di vendita dei farmaci via Internet;

se sia possibile adottare un siffatto sistema di distribuzione senza garantire la dovuta sicurezza al malato;

se siano stati valutati i rischi legati alla « libera » ordinazione e alla « libera » vendita dei farmaci che potrebbero essere usati in modo errato se non si stabilisse, aprioristicamente, un efficace sistema di controllo sul farmaco venduto e sull'uso eventuale che chiunque potrebbe farne

(con particolare riferimento agli stupefacenti, agli psicofarmaci, eccetera);

se sia stato valutato l'impatto negativo che la vendita telematica avrebbe sulla distribuzione del farmaco da parte di farmacie ubicate in piccoli centri (le cosiddette farmacie rurali) che si troverebbero costrette a cessare l'attività già economicamente in bilico, senza pensare poi al danno sociale per i comuni minori;

se sia stato valutato l'impatto negativo che l'adozione « avventuristica » di un simile sistema di vendita provocherebbe ai farmacisti e alle loro aziende;

se siano state valutate le conseguenze sulla « politica dei prezzi del farmaco » che un tale sistema potrebbe provocare e sugli eventuali contraccolpi alle aziende distributrici (farmacie e distributori);

se sia stato preso in seria considerazione il problema della « certezza » della prescrizione medica che può essere garantita soltanto tramite la consegna della ricetta da parte del medico al malato;

se sia stato, infine, considerato il problema della consegna delle medicine da parte del farmacista direttamente al malato (o ad un suo familiare) come previsto dalla vigente normativa. (4-29669)

*RISPOSTA. — Non vi è dubbio che la sempre maggior diffusione di Internet e del cosiddetto « e-commerce » (commercio elettronico), offra indiscutibili opportunità sotto il profilo economico e dell'occupazione (peraltro, quest'ultima appare controbilanciata proprio dalle tecnologie informatiche, le quali hanno consentito una riduzione della manodopera), al punto da configurare quella che viene definita la « New Economy ».*

*Ma ancor più non vi è dubbio che, come in tutti i progressi techno-scientifici, sono insite delle insidie che è necessario fronteggiare e quanto più possibile neutralizzare.*

*Alcune sono state riportate, con giusta enfasi, dai mass-media: violazione della privacy, fenomeno degli « hackers », accredita-*

menti con carte di credito altrui, ricatti alle aziende, fino ad arrivare ad altre attività francamente e palesemente criminali (ad esempio, i siti per i pedofili).

Nel caso dell'« e-commerce », si aggiunge una minaccia alla protezione ed alla salute dei consumatori che non riguarda solo i farmaci, bensì tutte le merci in generale, potendosi per questa via vendere prodotti contraffatti, non omologati o comunque non controllati, almeno sotto il profilo dell'etichettatura (due esempi per tutti: alimenti e i giocattoli per i bambini, che normative comunitarie vogliono quanto più omologati e controllati fino ad arrivare al cosiddetto marchio CE).

Indubbiamente, in campo farmaceutico si aggiungono pericolosità e specificità, giustamente rilevate nell'atto ispettivo in esame, quali la prescrivibilità di determinati farmaci sotto controllo medico.

Quanto al problema dell'« e-advertising » nell'ambito della pubblicità dei farmaci, si rammenta che una normativa comunitaria (Direttiva 92/28/CEE), recepita dal nostro ordinamento (decreto-legislativo n. 541/92) ha voluto giustamente regolamentare questo delicato settore, che potrebbe essere il preludio di un maggiore e forse eccessivo consumo dei farmaci stessi, sia per via ordinaria, sia tramite lo stesso mercato clandestino (anabolizzanti, etc...), sia soprattutto per via elettronica, ed in questi ultimi due casi evitando anche la prescrivibilità ed il conseguente controllo delle Farmacie e dei farmacisti accreditati.

Non vanno, peraltro, neanche sottaciute le valenze di carattere economico, legate alla possibilità per le aziende di vendere i prodotti direttamente ai consumatori, a prezzi decisamente inferiori, saltando la catena degli intermediari che, nel settore farmaceutico è anche garanzia di maggior controllo, come da precise disposizioni di legge che riguardano anche i distributori all'ingrosso.

La problematica è di evidente rilievo e potrà essere efficacemente risolta solo in un contesto almeno comunitario, se non globale, atteso che Internet travalica ormai i confini nazionali.

Questo non significa che a livello locale non si possa e non si debba contrastare il fenomeno, ma le misure in questo ambito si concentrano sulla repressione di singole fattispecie che infrangano la legge.

In ambito globale, l'organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) si è posta la questione del binomio « Farmaci-Internet » ed in una risoluzione del maggio 1998 aveva già richiesto al proprio Direttore Generale di sviluppare una guida in proposito; tra l'altro, a riprova di quanto detto prima, e cioè della semplice possibilità repressiva in ambito locale, in sede « OMS » si suggerisce che gli utenti di Internet segnalino alle proprie Autorità sanitarie tutte le sospette attività illegali ed eventuali casi problematici.

La questione è stata affrontata anche in sede comunitaria e recentemente si è svolto un « brain-storming » (letteralmente « tempesta cerebrale », modo di dire per significare una discussione aperta, senza vincoli documentali e di agenda), a riprova di come la questione non sia di facile soluzione.

Ancor più recentemente, all'ultimo Consiglio Europeo straordinario sull'occupazione, svoltosi a Lisbona il 23 e 24 marzo 2000, i Capi di Stato e di Governo europei hanno accolto più che favorevolmente e quindi ne hanno riconosciuto la necessità — la proposta del Presidente della Commissione Europea, Romano PRODI, di predisporre una normativa unica sul commercio elettronico in generale.

Com'è noto, attualmente, a parte una fascia di prodotti autorizzati a livello nazionale, destinata ad essere sempre più ristretta, e che comunque deve rispondere a standard comunitari, i farmaci commercializzati nel nostro Paese sono autorizzati in corresponsabilità con altri Stati membri dell'Unione Europea (cosiddetta procedura di mutuo riconoscimento) o autorizzati dalla Comunità stessa (cosiddetta procedura centralizzata), previo lavoro istruttorio di un'Agenzia Europea per la Valutazione dei Medicinali (EMA), e tutte le suddette autorizzazioni sono finalizzate a garantire i tre requisiti fondamentali di ciascun farmaco: qualità, sicurezza, efficacia.



*In merito alla proposta del Presidente nazionale di Farindustria di adottare, anche in Italia, il sistema di vendita elettronica per i farmaci, essa non risulta ufficialmente pervenuta al Ministero della Sanità.*

*Non vi è dubbio che, in coerenza con quanto fin qui detto, essa verrebbe contrastata qualora in disaccordo con le precise disposizioni normative.*

*Del resto, una tale vendita elettronica sarebbe, in linea puramente teorica, consentibile al momento solo a quei prodotti « OTC » (on the counter: prodotti da banco), per i quali non solo, come è, non sono richiesti la prescrizione medica ed il divieto di pubblicità, ma per i quali non vi sia anche l'obbligo di vendita esclusiva in farmacia: in pratica, nessun farmaco.*

Il Ministro della sanità: Umberto Veronesi.

**COPERCINI.** — *Ai Ministri della sanità, delle finanze, dell'interno per la solidarietà sociale. — Per sapere — premesso che:*

*l'Asl « Bologna sud » mise in programma la realizzazione di una residenza sanitaria assistenziale per anziani nel quartiere « S. Biagio » del comune di Casalecchio di Reno (Bologna), l'operazione fu ratificata dall'amministrazione locale con delibera n. 17/96 e con il rilascio delle concessioni edilizie, in data 3 aprile 1997;*

*finanziata per un importo di quasi 3,7 miliardi mediante accensione di un mutuo dalla cassa depositi e prestiti, con fondi del risparmio postale, la costruzione della « residenza », che doveva essere completata il 19 luglio 1998, è ben lungi dal compimento ed i lavori procedono a rilento;*

*il fatto, di per sé caratterizzante un cattivo uso del denaro pubblico, potrebbe aver comportato, per i pazienti qui destinati, il ricovero presso strutture sanitarie private accreditate presso la regione, con un conseguente esborso di danaro a carico del bilancio sanitario —:*

*se siano al corrente dei fatti descritti;*

*se risultino i reali impedimenti ed i motivi che hanno prodotto tali gravi ritardi nell'edificazione e quando, alla data at-*

*tuale, sia prevista la consegna della struttura e la sua messa in servizio operativo.*

(4-22839)

**RISPOSTA.** — *Come richiamato nell'interrogazione parlamentare in esame, la realizzazione della residenza sanitaria assistenziale per anziani (« RSA ») nel quartiere « San Biagio » del Comune di Casalecchio di Reno (Azienda USL Bologna Sud), è stata prevista dal Piano Regionale in applicazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.*

*In base a quanto riferito dal Commissariato del Governo nella Regione Emilia-Romagna, l'intervento in questione è stato articolato in due stralci:*

*il primo stralcio, finanziato con il Piano del 1° triennio, prevede la realizzazione dei servizi generali e di un nucleo di venti posti residenziali;*

*il secondo stralcio prevedeva, originariamente, la realizzazione di altri due nuclei residenziali da venti posti, portando la capacità totale a sessanta posti letto.*

*L'Azienda USL Bologna Sud ha deliberato l'aggiudicazione dei lavori relativi al primo stralcio, (il primo nucleo di 20 posti e i servizi generali) della « RSA » per anziani con la delibera n. 213 del 20 febbraio 1997.*

*La consegna dei lavori è avvenuta in data 3 aprile 1997 e la fine originaria degli stessi era prevista in 400 giorni naturali consecutivi, il 26 luglio 1998.*

*L'azienda USL di Bologna ha concesso due proroghe, di cui la prima di trenta giorni, poiché l'impresa ha dovuto provvedere, in via preliminare ed in accordo con il Comune di Casalecchio di Reno, alla determinazione dei capisaldi altimetrici e planimetrici, nonché alla definizione delle problematiche relative alla recinzione dell'area assegnata al cantiere.*

*La seconda proroga è stata di duecentocinquanta giorni per la predisposizione, approvazione, valutazione e realizzazione da parte degli organi competenti, della perizia di variante in corso d'opera.*

*Detta perizia si è resa necessaria poiché in sede di predisposizione del Piano ex articolo 20 L. n. 67/88 (II e III triennio), approvato dal Consiglio Regionale con de-*

liberazione n. 726 del 1° ottobre '97, si è deciso di realizzare il secondo stralcio della struttura per anziani di Casalecchio di Reno con altri quattro nuclei, per un totale di 100 posti letto (comprensivo dei 20 del primo nucleo).

Pertanto l'AUSL ha già aggiornato il progetto, senza modificare le opere già eseguite, bensì predisponendolo per lo sviluppo dei 100 posti.

Con le previsioni del secondo stralcio per ulteriori 80 posti residenziali, si otterrà una riduzione del costo complessivo per posto letto e si avrà, inoltre, una gestione più economica della struttura, rispetto all'ipotesi iniziale.

Le proroghe concesse hanno prolungato i termini contrattuali per la consegna dei lavori.

Per quanto riguarda la realizzazione del secondo stralcio, si precisa che l'intervento è inserito nel citato Piano Regionale ex articolo 20 L. 67/88, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 726 del 1° ottobre 97, con la previsione di un costo totale di £ 6.880.000.000, finanziato per lire 5.880.000.000 con i fondi statali ex articolo 20, per £ 310.000.000 con fondi regionali e per £ 690.000.000 con risorse proprie dell'AUSL Bologna Sud.

Al fine di accelerare i tempi di realizzazione del secondo stralcio, l'AUSL Bologna Sud sta valutando le ipotesi percorribili in modo da assicurare la piena realizzazione della struttura (100 posti) nel più breve tempo possibile.

La Regione Emilia-Romagna ha predisposto, con l'emanazione della Legge Regionale n. 5/94, « Tutela e valorizzazione delle persone anziane — interventi a favore di anziani non autosufficienti », la realizzazione di una Rete di Servizi Integrati per rispondere ai bisogni degli anziani non autosufficienti del proprio territorio.

Com'è noto, le Residenze Sanitarie Assistenziali « RSA », sono una delle tipologie di servizio a carattere residenziale destinate ad anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio.

Un'altra struttura a carattere residenziale per anziani non autosufficienti è la « Casa Protetta ».

Molte di queste strutture, alcune delle quali anche, convenzionate, posseggono al loro interno nuclei di « RSA ».

Nel territorio dell'Azienda USL Bologna Sud, si trovano siffatte « Case Protette ».

La L.R. 5/94 ha previsto lo strumento dell'« Accordo di Programma » per garantire, a livello di Distretto, una forte integrazione istituzionale, gestionale e professionale della Rete di Servizi Integrati per anziani non autosufficienti.

La Rete di Servizi Integrati per anziani non autosufficienti presente nel Distretto di Casalecchio di Reno, frutto della collaborazione tra Comuni, Azienda USL ed altri soggetti, garantisce, attraverso l'Assistenza Domiciliare, i Centri Diurni, l'Assegno di Cura e le « Case Protette », accoglienza ed assistenza agli anziani, in attesa del completamento della « RSA » del quartiere « San Biagio ».

Pertanto, risulta che il 4 maggio 1999, il progettista e Direttore dei lavori della stessa « RSA » ha presentato una seconda perizia di variante al 1° stralcio del progetto di costruzione di tale struttura, che riguarda sia opere edili sia impianti tecnologici ed elettrici.

Il tempo necessario per l'esecuzione delle opere di variante è stato previsto dal progettista in n. 90 giorni, a cui si debbono aggiungere 60 giorni poiché la nuova perizia sia approvata dall'Azienda USL Bologna Sud e dai competenti uffici regionali di cui alla deliberazione G.R. n. 684 del 18 maggio 1988.

La seconda perizia di variante per la realizzazione della RSA di « San Biagio » di Casalecchio di Reno, definita con delibera dell'azienda USL Bologna Sud n. 740 del 16 luglio 1999, è stata sottoposta a valutazione del competente « Gruppo Tecnico Regionale » nella seduta del 21 settembre 1999.

Il gruppo si è espresso per l'applicazione della perizia di variante suppletiva, considerando le opere previste complete progettualmente, coerenti con la programmazione socio-sanitaria e conformi alle normative regionali in materia di « RSA » dando atto che il quadro economico rientra nel finanziamento già previsto a carico dell'articolo 20 (senza variante alcuna rispetto alla situazione precedente) sia per la quota mutuo

a carico dello Stato, di lire 4.826.000.000, sia per la quota di competenza regionale di lire 254.000.000, già erogata, per un totale di lire 5.080.000.000.

*All'approvazione ha fatto seguito la relativa formalizzazione.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

CREMA. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere — premesso che:

in data 19 giugno 1997 il Ministro della sanità rispondeva all'interrogazione n. 4-04489, con la quale si segnalava l'atteggiamento ostruzionistico di alcune Asl del Veneto, che opponevano un rifiuto al rilascio delle autorizzazioni necessarie per il ricovero di bambini asmatici presso l'istituto Pio XII, situato in località Misurina di Auronzo di Cadore (Belluno);

successivamente alla mobilitazione prodottasi su tale problematica e alla risposta suddetta, che riconosceva l'unicità e la specificità dell'istituto, le difficoltà a livello regionale sembra siano state positivamente risolte;

numerose segnalazioni, nonché il ricovero di un bambino asmatico di Milano a spese dell'associazione « Famiglia bambini asmatici », evidenziano, al contrario, l'impossibilità di accedere all'istituto suddetto a causa di dinieghi immotivati da parte delle Asl di altre regioni —:

se non si ritenga opportuno intervenire nuovamente, affinché gli ostacoli di tipo burocratico e la carenza di informazioni siano rimossi, onde non venga precluso ulteriormente l'utilizzo di una struttura all'avanguardia nel suo settore.

(4-14993)

CREMA. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere — premesso che:

con atto di sindacato ispettivo n. 4 - 14993 il 20 gennaio 1998 si segnalavano le difficoltà di accedere all'istituto Pio XII sito in località Misurina di Auronzo di Cadore (Belluno) a causa dei dinieghi im-

motivati da parte delle Asl di diverse regioni e si auspicava l'intervento del Ministro della sanità affinché fossero rimossi gli ostacoli burocratici da queste frapposti al ricovero;

allo stato attuale e su segnalazione della associazione di genitori « Famiglia dei bambini asmatici » sembra del tutto evidente che la situazione è andata peggiorando: solo 22 bambini ricoverati, in una struttura la cui capienza è di 100 posti, e per il 70 per cento provenienti dal Veneto; la riduzione del numero delle classi della scuola elementare da cinque a due, con la formazione di pluriclassi; il sottoutilizzo delle attrezzature di cui è dotato l'istituto, che recentemente ha anche completamente rinnovato il centro per l'accoglienza dei genitori;

appare paradossale che, mentre l'asma e le malattie allergiche sono in costante aumento (il 10 per cento della popolazione infantile ne è colpita e 1400 sono stati i decessi nell'età adolescenziale in Italia nell'anno 1996) e mentre l'istituto Pio XII risulta essere l'unico centro esistente in Italia per la cura dell'asma in quota, la cui efficacia terapeutica e funzionalità strutturale f4 ampiamente riconosciuta dagli organi competenti, i bambini che possono accedere alla struttura sono in continua diminuzione —:

se, alla luce di quanto esposto, non sia da prendere in considerazione un attento esame delle richieste di ricovero respinte, delle motivazioni addotte e dell'effettiva efficacia delle cure alternative proposte o, in alternativa, non sia utile promuovere una sufficiente informazione circa i benefici offerti da strutture che, come il Pio XII, attraverso un adeguato intervento, preven-  
gono l'instaurarsi di patologie più gravi e la loro cronicizzazione. (4-20615)

RISPOSTA. — *Dai dati ricevuti dalla Regione Veneto per il tramite di quel Commissariato del Governo, risulta che la Giunta regionale, con proprio atto deliberativo n. 2223/1995, di razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera ai*

sensi delle LL. RR. n. 39/93 e n. 56/94, ha previsto espressamente per l'Istituto Pio XII di Misurina (Belluno) la risoluzione del rapporto di convenzione per la funzione ospedaliera e la trasformazione in Centro di Riabilitazione, ai sensi dell'articolo 26 della Legge n. 833/78, con attività monovalente per minori con patologia pneumologica aspecifica, avente funzione diagnostico-terapeutica da svilupparsi con adeguati trattamenti a tempo pieno, per un totale di 100 posti letto.

Con nota del luglio 1996, a firma dell'Assessore regionale alle Politiche Sanitarie, Prof. Iles Braghetto, le Aziende — U.L.S.S. del Veneto venivano esaurientemente informate sul contenuto delle prestazioni riabilitative e sulle caratteristiche qualificanti dell'Istituto, che trovano nella climatoterapia d'alta quota il caposaldo fondamentale terapeutico in grado di portare ad una desensibilizzazione naturale dell'organismo nei confronti degli allergeni responsabili delle varie forme di asma infantile.

In tal modo, l'attività espletata dall'Istituto veniva indicata, nell'ambito della programmazione regionale, quale efficace esempio di riabilitazione extraospedaliera « mirata » per particolari patologie, agli effetti della prevenzione, cura e riabilitazione.

In seguito, la Giunta regionale del Veneto ha provveduto (DGR 4 agosto 1998, n. 2991) ad autorizzare l'Istituto Pio XII anche per le prestazioni riabilitative offerte in regime di trattamento diurno, aggiornando le rispettive tariffe.

Il contenuto del DGR n. 2991/98 è stato portato a conoscenza, con specifica nota, di tutti gli Assessorati alla Sanità delle Regioni italiane, nonché delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Nel contempo, la Regione Veneto ha sollecitato l'Istituto Pio XII di Misurina a promuovere ogni utile iniziativa atta a diffondere le informazioni più appropriate riguardanti i benefici offerti dalla stessa struttura e la reale efficacia delle cure in essa praticate.

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

FILOCAMO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed i Ministri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e degli affari regionali.* — Per sapere — premesso che:

le aziende sanitarie della provincia di Reggio Calabria hanno deliberato il passaggio dell'assistenza farmaceutica e dei presidi sanitari dalla forma diretta a una forma parzialmente indiretta in modo confuso e scriteriato, tale da produrre un grave danno alla salute o al ripristino di essa dei numerosi cittadini abbisognevole di assistenza e di cure che pagano tasse sopratasse e *tickets* vari;

infatti con detto provvedimento molti farmaci anche indispensabili e cosiddetti « salvavita » che prima venivano concessi dal sistema sanitario nazionale adesso non vengono dati nella provincia di Reggio Calabria ed i medici, nei casi in cui debbono prescrivere un antibiotico, non possono scegliere quello efficace se il costo della confezione è superiore a diecimila lire;

inoltre i presidi sanitari necessari per gli invalidi civili, per i portatori di handicap, per gli anziani e per i cittadini affetti da malattie gravi ed invalidanti, non vengono più concessi oppure vengono dati in quantità inferiore al fabbisogno;

l'interpellante ritiene che se esistono eccessi di prescrizione o abusi questi vanno eliminati e puniti, ma il farmaco o il presidio sanitario agli aventi diritti non può né deve mai mancare altrimenti si provoca un danno irreparabile alla salute dei cittadini specie di coloro che non hanno la possibilità economica di acquistarlo e quindi sono costretti al ricovero in ospedale con ulteriore aggravio di spese a carico del sistema sanitario nazionale;

ad avviso dell'interrogante la regione pertanto e i suoi dirigenti aziendali hanno il diritto/dovere di controllo, verifica e di punizione nei riguardi di coloro che eccedono o abusano nelle prescrizioni, ma non possono né debbono ordinare ai medici come compiere l'atto diagnostico e tera-

peutico in quanto così operando commettono gravi danni alla salute del cittadino —:

quali iniziative e provvedimenti urgenti di propria competenza intendano adottare nell'ambito dei poteri di controllo al fine di evitare sicuri e gravi danni irreparabili alla salute dei cittadini della provincia di Reggio Calabria specie dei meno abbienti e di coloro affetti da gravi, croniche ed invalidanti patologie;

se ritengano doveroso informare l'autorità giudiziaria trattandosi, ad avviso dell'interrogante di ipotesi di reato perseguibile d'ufficio. (4-28906)

**RISPOSTA.** — *Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame per delega della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla base degli indispensabili elementi acquisiti dalle competenti Autorità sanitarie regionali per il tramite del Commissariato del Governo nella Regione Calabria.*

*L'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali ha inteso precisare che le misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica, adottate con la circolare datata 27 agosto 1999, diramata ai Commissari e Direttori Generali delle Aziende USL ed Ospedaliere della Calabria, non si configurano in alcun modo come assistenza farmaceutica indiretta.*

*Il concreto obiettivo perseguito, in accordo con l'Associazione Federfarma, è quello di contenere la spesa farmaceutica regionale con gli strumenti a tal fine più idonei, nel rispetto delle necessità assistenziali dell'utenza interessata.*

*La circolare in questione è stata definita in via del tutto provvisoria ed in attesa dell'emanazione di apposite linee guida, concordate con gli organismi regionali coinvolti e con il vantaggio dell'impegno assunto da Federfarma in ordine alla partecipazione alla raccolta di dati di consumo per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica, allo scopo di pervenire alla ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dell'impiego terapeutico dei medicinali, con un migliore utilizzo delle risorse e proprio per garantire nel tempo l'assistenza farma-*

*ceutica diretta senza penalizzare i ceti meno abbienti e le classi economicamente e socialmente più deboli.*

*In sintesi, con la circolare del 27 agosto 1999, sono state date agli operatori sanitari regionali disposizioni in merito alla prescrizione di determinate categorie di medicinali, alla trasmissione delle ricette, all'osservanza delle note prescrittive formulate dalla Commissione Unica del Farmaco.*

*Con la successiva circolare dell'8 settembre 1999, a seguito degli accordi intercorsi fra l'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali e la Federfarma, ed al fine di mantenere la spesa farmaceutica nella Regione Calabria entro i limiti della media nazionale pro capite, sono state emanate le previste linee guida, contenenti indicazioni sulla prescrizione dei medicinali e sulle relative ricette.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

**FOTI.** — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere — premesso che:

*presso il presidio ospedaliero di Castel San Giovanni (Piacenza) non risultano attivate quelle elementari precauzioni (quali, ad esempio, l'installazione di un citofono e l'attivazione di un apriporta da collocare nei locali che ospitano il centralino) atte a garantire, soprattutto nelle ore notturne, la sicurezza del personale che opera in detta struttura —:*

*se sia a conoscenza del fatto e quali iniziative intenda adottare affinché sia garantita la sicurezza del personale dei presidi ospedalieri.* (4-23856)

**RISPOSTA.** — *Dai dati acquisiti dal Commissariato del Governo nella Regione Emilia-Romagna, risulta che gli accessi all'Ospedale di Castel San Giovanni (Piacenza), chiusi da sbarre e da cancelli, sono dotati di videocitofono e di apertura a distanza, collegati al centralino ed al Pronto Soccorso per l'accesso di propria competenza.*

*L'atrio dell'ingresso principale dell'Ospedale viene controllato direttamente dal centralinista, della propria postazione di lavoro, attraverso una vetrata.*

*Le porte che dall'atrio consentono l'accesso in ospedale, durante le ore notturne sono chiuse.*

*Il centralinista ne può disporre l'apertura.*

*Tale organizzazione degli accessi è risultata adeguata, finora, alle esigenze sia degli utenti che del personale dipendente.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

GALLETTI. — *Al Ministro della sanità.*  
— Per sapere — premesso che:

il 24 marzo dello scorso anno nel tunnel del Monte Bianco morirono carbonizzate 39 persone in seguito all'incendio di un camion frigorifero belga;

come dichiarato sul quotidiano francese *Libération*, il « Gruppo di studio sugli incendi » incaricato dalla Direzione nazionale della Protezione civile di Parigi di indagare sulle cause dell'incidente, ha concluso che le vittime in realtà sono morte per avvelenamento da cianuro;

il rimorchio di quel Tir, infatti era rivestito di schiuma di poliuretano, un ottimo (e soprattutto economico: meno di diecimila lire al metro cubo) isolante termico che però, oltre i centottanta gradi, si trasforma in micidiale acido cianurico, uno spesso fumo nero capace in pochi secondi di paralizzare i centri nervosi;

nelle pareti del container frigorifero erano contenuti circa 13 metri cubi di schiuma di 60 millimetri di spessore contenuti in due strati di plastica; il fuoco della motrice si è propagato rapidamente alla cella frigorifera, nella parte anteriore del rimorchio e si è verificato un effetto « flash over », una combustione istantanea simile a un'esplosione, e « l'acido si è sparso in pochissimi secondi uccidendo tutte le persone che si trovavano dietro il camion »;

il poliuretano è un materiale largamente impiegato, per il suo basso costo, nell'industria automobilistica ad esempio nella costruzione dei cruscotti;

è una sostanza non ricompresa nell'elenco dell'ADR e cioè la legislazione che regola il trasporto delle merci e così sulle strade d'Europa continuano a circolare migliaia di autocarri coibentati con la famigerata schiuma di poliuretano e non con lana di vetro, assolutamente ignifuga ma molto meno economica —;

se il Ministro interrogato sia al corrente dei fatti suesposti e quali siano le sue valutazioni;

se, alla luce di questo gravissimo accadimento, non ritenga opportuno vietare l'uso del poliuretano come materiale isolante. (4-29657)

RISPOSTA. — *In riferimento all'atto parlamentare in esame, questo Ministero, sentito l'Istituto Superiore di Sanità fa presente quanto segue.*

*I poliuretani impiegati per la coibentazione dei camion frigoriferi trovano ampia utilizzazione anche in numerosi altri settori merceologici, e si ritrovano in diverse tipologie di prodotti di largo consumo, come ad esempio le imbottiture di sedie, poltrone e sedili d'automobile. Il polimero come tale non rappresenta alcun pericolo per la salute umana, ma è infatti noto che in caso di incendio si possono liberare, per decomposizione pirolitica del polimero e soprattutto in condizioni di carenza di ossigeno, composti tossici fra i quali l'ossido di carbonio e l'acido cianidrico.*

*L'acido cianidrico peraltro può svilupparsi durante la combustione non solo dei poliuretani, ma anche di altri prodotti quali quelli a base poliacrilonitrile e relativi copolimeri, di lane e di sete. L'acido cianidrico gassoso, inoltre, una volta sviluppatosi, risulta a sua volta infiammabile all'aria producendo ossidi di carbonio e azoto.*

*La problematica appare quindi molto più ampia rispetto a quanto ripreso nell'interrogazione parlamentare in questione, e coinvolge una vasta gamma di prodotti la*

*cui combustione può sviluppare fumi che comunque risultano tossici indipendentemente dalla presenza o meno in essi di quantità significative di acido cianidrico.*

*Pertanto non appare al momento praticabile una presa di posizione che escluda l'uso delle schiume poliuretaniche dai sistemi di coibentazione dei camion frigoriferi, a favore di prodotti alternativi per i quali si potrebbero porre problematiche diverse ma non necessariamente meno rilevanti: le lane di vetro come fa cenno l'interrogante pur essendo in effetti del tutto ignifughe, sono al momento all'attenzione internazionale per la potenziale cancerogenesi legata all'inalazione di fibre durante l'uso professionale.*

Il Ministro della sanità: Umberto Veronesi.

GIACALONE. — *Ai Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della sanità. — Per sapere — premesso che:*

*la Società italiana di medicina fisica e riabilitazione ha da tempo segnalato ai Ministri interrogati la grave carenza sul territorio nazionale di medici specialisti in medicina fisica e riabilitazione;*

*molte regioni non possono reperire medici formati in tale specialità per coprire le esigenze del Servizio sanitario nazionale per la dirigenza di 1° e 2° livello nelle aziende sanitarie, mentre nel privato accreditato tali posti di lavoro vengono spesso occupati da medici sprovvisti dalla formazione specifica;*

*la situazione attuale rischia di vanificare l'impegno profuso dal Governo per migliorare la qualità dell'offerta di salute del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso un'efficace momento riabilitativo, particolarmente evidenziato dall'approvazione, all'interno del Piano sanitario nazionale, delle linee guida per le attività di riabilitazione;*

*il tetto storico di circa cento borse di studio per specializzandi in medicina fisica*

*e riabilitazione è assolutamente insufficiente ad assicurare nel medio termine risposte adeguate agli obiettivi di salute fissati dal Piano sanitario nazionale e ciò mentre un sempre maggior numero di giovani laureati in medicina chiede di intraprendere un percorso formativo in tale disciplina —:*

*se non intendano prevedere, nella prossima programmazione, delle borse di studio per le specialità mediche, l'aumento del numero di quelle dedicate alla specializzazione in medicina fisica e riabilitazione adeguandolo alla domanda proveniente dal Servizio sanitario nazionale e alle aspirazioni di tanti giovani medici così come segnalato dalle Simfer. (4-26987)*

RISPOSTA. — *In risposta all'atto di sindacato indicato si comunica quanto segue.*

*L'articolo 1, comma 1 del D.lgs 257/91, prevede che con decreto del Ministro della Sanità, sentite le regioni e le province autonome, di concerto con questo Ministero, sentite le facoltà di medicina e chirurgia e con il Ministro del Tesoro, sia determinato, ogni tre anni il numero di specialisti da formare per ogni tipologia di specializzazione sulla base delle esigenze sanitarie del Paese.*

*Il Decreto interministeriale di determinazione del fabbisogno annuo di medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione per gli aa.aa. 1997/98, 1998/99 e 1999/2000 del 22 luglio 1998, prevede per la tipologia di specializzazione in Medicina fisica e riabilitazione n. 150 specializzandi per ciascun anno.*

*Fermo restando il numero del fabbisogno formativo per il triennio in corso, così come disposto dal decreto interministeriale indicato, il Ministero della Sanità ha tuttavia aumentato il numero di borse a finanziamento statale e per la specializzazione in Medicina fisica e riabilitazione:*

*A.A. 1997/98 n. 119 borse statali distribuite su n. 23 scuole;*

*A.A. 1998/99 n. 127 borse statali distribuite su n. 23 scuole;*

*A.A. 1999/00 n. 149 borse statali distribuite su n. 25 scuole.*

*Per quanto riguarda l'aumento di posti di specializzazione, dalla normativa vigente si evince (articolo 35 del D.lgs. n. 368/99) che ogni iniziativa dovrà essere presa dalle regioni e dalle province autonome che per il prossimo triennio individueranno, tenuto conto delle esigenze sanitarie del Paese e in conformità ad un'approfondita analisi della situazione occupazionale, il fabbisogno formativo dei medici specialisti da formare, comunicandolo, per il provvedimento di competenza, ai Ministeri della Sanità e dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica.*

Il Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica: Luciano Guerzoni.

GRAMAZIO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere — premesso che:

la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo), dopo l'improvvisa chiusura del settimanale *Il Medico d'Italia*, organo della stessa Federazione, sottoposto alla vigilanza e controllo degli atti da parte del ministero del lavoro e della previdenza sociale come prevede il decreto del Presidente della Repubblica n. 221 del 1950, all'articolo 37, oltre a non aver informato tempestivamente i vari ordini provinciali, non ha nemmeno previsto la restituzione della quota parte dell'abbonamento (oltre un miliardo di lire) che i trecentoventicinquemila medici italiani hanno sottoscritto ai rispettivi ordini per ricevere il giornale —:

se siano state rispettate le procedure per assicurare la massima trasparenza per la gara di appalto relativa all'affidamento della stampa del giornale;

quale tipo di rapporto contrattuale esiste con la società tipografica Arbe srl di Modena, la quale, pur risultando vincitrice della gara per la stampa de *Il Medico d'Italia*, non ha poi assolto tale compito;

perché l'Arbe srl, che è da oltre dieci anni l'azienda stampatrice de *Il Medico d'Italia*, figuri nella gerenza del giornale sia come società editrice, sia come responsabile dell'acquisizione della pubblicità.

(4-04577)

RISPOSTA. — *Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame, su delega della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per conto del Dicastero del Lavoro e della Previdenza Sociale.*

*La problematica sollevata investe rapporti e situazioni riguardanti la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (« Fnomceo »).*

*Com'è noto, la disciplina normativa concernente l'organizzazione e l'attività degli Ordini e Collegi delle professioni sanitarie e delle rispettive Federazioni nazionali è fondata sul D. Leg.vo C.P.S. del 13 settembre 1946, n. 233 e sul suo regolamento di esecuzione, il decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221.*

*In base alla normativa testé citata, i poteri di vigilanza attribuiti al Ministero della Sanità sono circoscritti alla verifica di legittimità — con conseguente annullamento, con decreto motivato, in caso di vizi di legittimità — dei regolamenti di cui all'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 221/50.*

*Ulteriori poteri di intervento diretto di questo Ministero sono contemplati dall'articolo 6 del D. Leg.vo C.P.S. n. 233/46 e dall'articolo 36 del decreto del Presidente della Repubblica n. 221/50, che disciplinano lo scioglimento dei Consigli Direttivi degli Ordini delle professioni sanitarie laddove essi non siano in grado di funzionare regolarmente, non osservino i deliberati delle rispettive Federazioni nazionali o risultino morosi nel pagamento dei contributi previsti.*

*Pertanto, questo Ministero non ha alcuna possibilità di intervenire in ordine alla vicenda contrassegnata dalla chiusura del settimanale *Il Medico d'Italia* e dalla condotta tenuta, in tale circostanza, dalla società tipografica modenese Arbe s.r.l. e dalla stessa « Fnomceo ».*



*Del resto, lo stesso Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per le sue specifiche competenze istituzionali, si è limitato a verificare l'insussistenza di riferimenti normativi preclusivi in merito alla unificazione, in capo alla stessa Arbe s.r.l., delle qualità di azienda stampatrice, di editore e di responsabile dell'acquisizione della pubblicità.*

*Anche il Garante per la Radiodiffusione e l'Editoria, infine, dopo aver comunicato l'avvenuta cancellazione, per cessione dell'attività editoriale, dal Registro Nazionale della Stampa della testata periodica Il Medico d'Italia e del relativo editore, appunto la « FNOMCEO », iscritta nel 1983, ha precisato di non avere poteri di intervento in ordine alla salvaguardia di specifiche esigenze informative degli aderenti a tale Federazione, né ai fini del mantenimento dell'occupazione dei giornalisti con rapporto di lavoro dipendente.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

GRAMAZIO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro della solidarietà sociale.* — Per sapere — premesso che:

in data 5 aprile 2000 è stata sfrattata dalla sua abitazione, sita in via del Colosseo 61 a Roma, la signora Angela Diana, 78 anni d'età, di cui 42 passati in quel piccolissimo appartamento vicino al monumento più famoso del mondo;

il comune di Roma, proprietario dell'immobile, aveva venduto « su carta » l'appartamento tre anni fa spacciandolo per « libero » e incassando, per una metratura piuttosto ridotta, la « modica » somma di 280 milioni di lire;

gli acquirenti dell'immobile, pertanto, ignari della presenza dell'anziana signora hanno reclamato presso il comune per entrare in possesso dell'appartamento o per riavere la somma versata;

l'assessore alla casa del comune di Roma, tale Tozzi, ha ritenuto, piuttosto che restituire la somma indebitamente, e con dolo, incassata dal comune, sfrattare l'anziana signora così come, nello stesso giorno, ha attivato lo stesso provvedimento nei confronti di altri undici inquilini di case comunali;

la signora Diana non percepisce alcuna pensione « per la sua mania di non firmare nulla » (dall'articolo apparso su « Il Tempo » del 6 aprile 2000 a firma di Paola Simeoni) e proprio per questo motivo non ha mai firmato atti di rinuncia;

il provvedimento del comune di Roma, posto in essere dai vigili urbani del I Gruppo (Montecatini), non solo ha costretto la vecchina ad uscire da quella che considera da sempre la sua casa ma, non avendo ella accettato un posto nel ricovero per senza tetto in viale Castrense, ha dormito — si fa per dire — tutta la notte su una sedia posta all'interno del portone al civico 61 di via del Colosseo in compagnia delle dieci buste contenenti le sue poche cose;

quali iniziative urgentissime intendano porre in essere per consentire alla signora Angela Diana, sola al mondo, di trascorrere in santa pace, e in quella che da sempre considera la sua casa, gli ultimi anni della sua vita;

se non ritengano doveroso, visto il dolo che ha pilotato l'operazione di compravendita dell'immobile sito in via del Colosseo 61 a Roma, azzerare l'operazione e restituire agli acquirenti la somma versata;

se non ritengano quantomeno scandaloso e indegno il comportamento dell'assessore alla casa Tozzi il quale, esponente del partito della Rifondazione comunista che fa della solidarietà (magari pelosa) la propria bandiera, piuttosto che restituire il maltolto di 280 milioni agli ignari acquirenti di un bugigattolo « zona Colosseo » ha preferito mettere fuori casa, senza preavvisi di sorta, la signora Angela Diana.

(4-29415)

RISPOSTA. — *In riferimento all'atto ispettivo indicato rappresento quanto segue.*

*Da elementi assunti presso il Dipartimento III (Patrimonio e Casa) del Comune di Roma si evince che l'immobile in questione è un locale magazzino privo di qualsiasi elemento o accessorio che possano rendere lo stesso idoneo, o quantomeno accettabile, per uso abitativo (mancano servizi igienici, finestre ed ogni altra struttura per lo scopo).*

*L'immobile, sottoposto a procedimento di alienazione, era occupato, anche se in modo non continuativo, dalla signora Tiana Angela (non già Diana) alla quale, indipendentemente dall'obiettivo vendita, sono state più volte proposte soluzioni alternative, sia dalle istituzioni che operano in campo sociale, sia dallo stesso Dipartimento III del Comune di Roma, allo scopo di eliminare una situazione di invivibilità segnalata da più parti e da più fonti.*

*Nell'obiettivo di dover adempiere, tra l'altro, ad un'obbligazione contrattuale di cedere il possesso di un immobile trasferito a terzi, il Comune ha ritenuto opportuno agire in modo tale che la Sig.ra Tiana venisse sollecitata a liberare l'immobile, accettando, di conseguenza, le soluzioni alternative proposte, da considerarsi senz'altro più dignitose rispetto alla situazione di incuria e di disagio ambientale in cui l'anziana signora continuava a vivere.*

*La soluzione, da ultimo proposta, di utilizzare un appartamento, sito nell'edificio di via IV Novembre, 98, eccezionalmente acquisito in disponibilità dall'Amministrazione comunale, finalmente accettata dalla signora Tiana, ha consentito all'Amministrazione stessa di assolvere in modo più che adeguato ad una esigenza sociale.*

Il Ministro per la solidarietà sociale: Livia Turco.

GUIDI. — *Al Ministro della Sanità. — Per sapere — premesso che:*

*con il decreto ministeriale del 18 febbraio 1999 (Gazzetta Ufficiale 26 febbraio 1999) e la seguente circolare n. 49/99 dell'11 marzo, ambedue emanati dal Mi-*

*nistero della sanità si è tolta alle farmacie la possibilità di vendere medicinali antiblastici, cioè di quei medicinali essenziali ed importanti per i malati di cancro;*

*tali provvedimenti fanno sì che la somministrazione dei farmaci in questione sia un compito spettante esclusivamente ai servizi ASL, alle strutture day hospital e agli ospedali;*

*e, spesso, le strutture suddette non sono purtroppo in grado di assicurare un'assistenza tempestiva e, nello stesso tempo, garante del rispetto della privacy di ogni singolo malato, della sua indipendenza — teniamo in considerazione che molto spesso le strutture autorizzate sono molto lontane dalla residenza del malato — e della sua libertà —:*

*quali provvedimenti intenda prendere, affinché vengano tutelati i suddetti diritti, sacrosanti per ciascuna persona, a maggior ragione per un malato che, già duramente colpito dalla malattia, viene ad essere nuovamente bersaglio di una ben peggiore: « la cattiva legislazione sanitaria ».* (4-24376)

RISPOSTA. — *Con il decreto ministeriale 18 febbraio 1999 e la successiva circolare n. 49 dell'11 marzo 1999, non è stata tolta alle farmacie la possibilità di vendere farmaci antiblastici, ma sono stati riservati all'impiego ospedaliero (fascia H) esclusivamente i farmaci antiblastici iniettabili.*

*Ciò al fine di tutelare quanto più possibile lo stato dei pazienti e la salute degli operatori sanitari.*

*Tale decisione è sostenuta dalle seguenti motivazioni tecnico scientifiche:*

*la maggioranza dei protocolli terapeutici antiblastici prevede la somministrazione di farmaci in combinazioni polichemioterapiche, secondo precisi criteri di somministrazione, di sequenze di erogazione, di rispetto dei dosaggi e dei tempi di riciclo;*

*i singoli farmaci antiblastici e i diversi regimi di combinazione sono gravati da importanti e spesso pericolosi effetti collaterali, talora immediati, più frequentemente*

*dilazionati nel tempo, che devono essere tempestivamente riconosciuti e che richiedono appropriate misure preventive ed adeguati trattamenti di supporto, possibili solo in particolari condizioni di assistenza quali il regime di ricovero ordinario, il day hospital, l'ambulatorio divisionale e l'ospedalizzazione domiciliare;*

*sono anche frequenti i rischi di lesioni necrotico-ulcerative dei tessuti molli nella sede di iniezione, in seguito a travaso del farmaco;*

*durante tutto il programma terapeutico possono rendersi necessarie modifiche dei dosaggi e delle modalità di somministrazione dei chemioterapici, conseguenti sia alla comparsa di effetti collaterali sfavorevoli, sia alla valutazione del grado di sensibilità della neoplasia al trattamento in atto, modifiche che sono di stretta competenza specialistica e, quindi, gestibili solo nell'ambito di un adeguato programma terapeutico.*

*La collocazione in fascia H dei farmaci antiblastici iniettabili risponde inoltre a importanti motivazioni di ordine organizzativo, che riguardano il problema della protezione degli operatori sanitari addetti alla preparazione di tali chemioterapici, e che non possono e non devono essere trascurate né sottovalutate.*

*A tale riguardo, l'ISPESL, l'Istituto Superiore di Sanità e la Commissione Oncologica Nazionale hanno definito le condizioni atte a garantire il massimo livello possibile di sicurezza per i lavoratori addetti alla preparazione dei farmaci antiblastici.*

*Tale preparazione, deve infatti essere effettuata in ambiente protetto, sotto cappa a flusso laminare verticale e con tutte le necessarie misure di protezione individuale, quali l'uso di camici a perdere, di mascherine e di guanti, atte ad evitare il contatto diretto tra il farmaco e la cute, le mucose e l'apparato respiratorio dell'operatore sanitario.*

*Alla luce di queste motivazioni, appare evidente come la norma che modifica il regime di dispensazione dei farmaci chemioterapici antitumorali iniettabili, non solo non determina alcun arretramento dei*

*livelli di assistenza ai pazienti neoplastici, ma si traduce anche e soprattutto in una maggiore tutela dei loro diritti e della salute degli stessi operatori sanitari.*

*Inoltre, occorre ricordare che con il precedente regime di dispensazione dei farmaci antiblastici iniettabili tramite le farmacie aperte al pubblico, molti pazienti venivano invitati dalle strutture ospedaliere pubbliche e private, a procurarsi direttamente i farmaci previsti dal regime di trattamento, che poi erano erogati in regime ambulatoriale di day hospital o di ricovero ordinario.*

*In tal modo il Servizio Sanitario Nazionale era gravato da costi aggiuntivi ed impropri, sia per la maggior spesa derivante dal costo dei farmaci erogati tramite le farmacie del territorio, sia perché al Servizio Sanitario Nazionale veniva comunque addebitato il « DRG » pieno per la prestazione effettuata presso le strutture nosocomiali.*

**Il Ministro della sanità: Umberto Veronesi.**

**LAMACCHIA.** — *Al Ministro della sanità. — Per sapere — premesso che:*

*dal 1° luglio 1999 l'Azienda sanitaria locale 10 di Palmi in provincia di Reggio Calabria ha deciso di passare all'assistenza farmaceutica indiretta, causando notevoli disagi per i cittadini più deboli;*

*tale decisione è immotivata ed irrazionale perché il contenimento della spesa farmaceutica si può attuare facendo i dovuti controlli, che invece sono totalmente assenti nella Asl 10 —:*

*se il Ministro ritenga opportuno assumere iniziative di propria competenza per verificare la funzionalità dell'Asl 10 e, in particolare, del servizio farmaceutico che è carente sia di personale sia di mezzi.* (4-25029)

**RISPOSTA.** — *Si risponde alle interrogazioni parlamentari in esame sulla base degli indispensabili elementi acquisiti dalle competenti Autorità sanitarie regionali per il tramite del Commissariato del Governo nella Regione Calabria.*

*L'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali ha inteso precisare che le misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica, adottate con la circolare datata 27 agosto 1999, diramata ai Commissari e Direttori Generali delle Aziende USL ed Ospedaliere della Calabria, non si configurano in alcun modo come assistenza farmaceutica indiretta.*

*Il concreto obiettivo perseguito, in accordo con l'Associazione Federfarina, è quello di contenere la spesa farmaceutica regionale con gli strumenti a tal fine più idonei, nel rispetto delle necessità assistenziali dell'utenza interessata.*

*La circolare in questione è stata definita in via del tutto provvisoria ed in attesa dell'emanazione di apposite linee guida, concordate con gli organismi regionali coinvolti e con il vantaggio dell'impegno assunto da Federfarina in ordine alla partecipazione alla raccolta di dati di consumo per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica, allo scopo di pervenire alla ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dell'impiego terapeutico dei medicinali, con un migliore utilizzo delle risorse e proprio per garantire nel tempo l'assistenza farmaceutica diretta senza penalizzare i ceti meno abbienti e le classi economicamente e socialmente più deboli.*

*In sintesi, con la circolare del 27 agosto 1999, sono state date agli operatori sanitari regionali disposizioni in merito alla prescrizione di determinate categorie di medicinali, alla trasmissione delle ricette, all'osservanza delle note prescrittive formulate dalla Commissione Unica del Farmaco.*

*Con la successiva circolare dell'8 settembre 1999, a seguito degli accordi intercorsi fra l'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali e la Federfarina, ed al fine di mantenere la spesa farmaceutica nella Regione Calabria entro i limiti della media nazionale pro capite, sono state emanate le previste linee guida, contenenti indicazioni sulla prescrizione dei medicinali e sulle relative ricette.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

LUCÀ. — *AL Ministro delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

Nel periodo in cui avveniva la terribile pulizia etnica perpetrata dal governo iugoslavo nei confronti della popolazione koasovara, gli italiani hanno manifestato un grandissimo slancio solidaristico verso un popolo così gravemente colpito e violentemente privato di qualunque mezzo necessario anche alla semplice sussistenza;

il Governo aveva allora ritenuto giusto organizzare e gestire la generosità dei cittadini italiani dando vita, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, alla Missione Arcobaleno, e convogliando, in questo modo, le numerosissime offerte in una missione umanitaria gestita e controllata direttamente dallo Stato;

il Governo aveva assicurato che in una qualche misura le offerte in denaro destinate alla Missione Arcobaleno sarebbero state detraibili dalle imposte;

il nostro ordinamento prevede la possibilità di detrarre le somme versate dai privati (fino ad una somma pari a quattro milioni) a fini solidaristici, solo, però, nel caso in cui vengano devolute a organizzazioni non lucrative di utilità sociale;

perché le detrazioni previste per le Onlus potessero essere estese anche alle offerte fatte a Missione Arcobaleno avrebbe dovuto essere emanato un provvedimento ad hoc;

la situazione che si è venuta a creare ha assunto i caratteri del paradosso: infatti, mentre le imprese hanno potuto detrarre le offerte dalle tasse, i privati, che per ottenere l'esenzione avrebbero dovuto inserirle nelle dichiarazioni dei redditi di quest'anno, hanno visto sfumare questa possibilità —:

quali iniziative intenda adottare per porre rimedio, anche se con estremo ritardo, ad una situazione che rischia di mettere in pericolo la stessa credibilità del Governo, proprio perché ha a che fare con la buona fede e con la solidarietà attiva dei cittadini italiani;

se il Governo non ritenga opportuno provvedere in tempi brevi alla emanazione del provvedimento per l'estensione dell'operatività delle detrazioni anche alle somme versate alla Missione Arcobaleno, affinché il denaro donato dagli italiani nel 1999 possa risultare detraibile nella prossima dichiarazione dei redditi (4-29987)

**RISPOSTA.** — *Con l'interrogazione cui si risponde l'interrogante lamenta la mancata possibilità di detrarre, ai fini dell'IRPEF, le somme versate a favore della missione Arcobaleno.*

*Come è noto, la materia delle detrazioni per oneri ai fini dell'IRPEF è disciplinata dall'articolo 13-bis del Testo Unico delle Imposte sui redditi (approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917), il quale stabilisce (al comma 1, lettera i-bis) che dall'imposta lorda si detrae un importo pari al 19 per cento delle erogazioni liberali in denaro, per importo non superiore a quattro milioni di lire, effettuate a favore delle erogazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS).*

*Pertanto, considerato che la missione Arcobaleno non riveste tale qualifica, nel caso di specie, la detrazione non spetta.*

*Relativamente alle imprese, invece, la possibilità di dedurre l'erogazione di che trattasi trova fondamento nella disposizione di cui all'articolo 27, comma 1 della legge 13 maggio 1999, n. 133.*

*Ciò posto, ed atteso che tale questione ha formato oggetto anche di una recente Risoluzione (n. 7-00928 degli Onorevoli BENVENUTO ed altri), approvata dalla VI Commissione Finanze della Camera dei Deputati nella seduta del 13 giugno 2000, si assicura che il Governo non mancherà di adottare idonee iniziative per risolvere tale vicenda.*

**Il Ministro delle finanze:** Ottaviano Del Turco.

**LUCCHESI.** — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per sapere — premesso che:

non rispondono assolutamente a verità i dati sull'inflazione, che fanno sorri-

dere chiunque se ne intenda, anche se appartenente ai partiti di sinistra, che, purtroppo, governano e male questo paese —:

visto che l'Istat dipende dalla Presidenza del Consiglio, ma si regge con i soldi dei contribuenti, se non ritenga di richiamare i dirigenti di detto pubblico ente ad un minor vassallaggio verso il Governo e quindi ad un esame veritiero dei dati;

se intenda richiamare i dirigenti ad una obiettività sui dati ufficiali, che debbono essere veritieri e non manipolati per favorire determinate parti politiche.

(4-25822)

**RISPOSTA.** — *Con riferimento all'atto di sindacato ispettivo indicato, si fa presente quanto segue.*

*La produzione statistica ufficiale, a livello nazionale e comunitario, tende a progredire verso un sistema integrato di indici dei prezzi al consumo, costituito da un indice nazionale centrale, relativo all'insieme dei consumi dell'intera popolazione presente, e da molti indici satelliti raccordati all'indice centrale, aventi popolazioni di riferimento e coperture di volta in volta determinati secondo gli scopi specifici.*

*Nel paniere sono presenti tutti i beni e servizi generalmente consumati dalla popolazione di riferimento. Ogni prodotto presente nel paniere è considerato in relazione all'importanza rivestita nei consumi della rispettiva popolazione di riferimento. Poiché tale importanza cambia nel tempo, il sistema di ponderazione va riconsiderato periodicamente.*

*I dati sono raccolti per legge dai comuni, presso 26.600 unità di rilevazione; contestualmente alla rilevazione comunale, l'ISTAT cura una rilevazione nazionale per i beni e servizi il cui prezzo è unico sull'intero territorio nazionale.*

*Si osserva inoltre che ogni valutazione sulla veridicità dei dati sull'inflazione non può prescindere dalla nozione di « inflazione » intesa quale « misura della variazione nel tempo della spesa necessaria per l'ac-*

*quisto di un determinato paniere di beni e servizi destinati al consumo privato». Con l'inflazione, pertanto, si stima non il livello assoluto dei prezzi ma la loro dinamica, ossia la velocità con cui essi si modificano. Un'inflazione in calo non necessariamente è da associare ad una diminuzione dei prezzi: essa sta ad indicare che i prezzi rallentano la loro corsa al rialzo, ossia crescono più lentamente di prima.*

*Quanto infine alla asserita dipendenza dell'ISTAT dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, si richiamano le norme del vigente ordinamento statistico che riconoscono all'ISTAT stesso una posizione di indipendenza e di autonomia scientifica, organizzativa e regolamentare.*

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri: Enrico Micheli.

PETRELLA. — *Ai Ministri della sanità, dell'università e della ricerca scientifica e di grazia e giustizia.* — Per sapere — premesso che:

il decreto ministeriale 10 marzo 1983 contenente l'elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le Usl valevole per la formazione delle commissioni esaminatrici dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione dei medici, farmacisti e veterinari presso le unità sanitarie locali, considerava la specializzazione in criminologia clinica quale disciplina affine alla psichiatria e alla medicina legale;

il decreto ministeriale 10 dicembre 1991, nell'istituire la disciplina della medicina delle farmacotossicodipendenze inserendola nell'elenco delle discipline equipollenti ed affini di cui al decreto ministeriale 10 marzo 1983 in Tab. A e B, considera la specializzazione in criminologia affine alla medicina legale e alla psichiatria;

il decreto del Presidente della Repubblica n. 500 del 29 luglio 1996, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 25 set-

tembre 1996, riguardante l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, considera la specializzazione in criminologia clinica affine alla medicina legale e alla psichiatria;

il decreto ministeriale 30 gennaio 1998, relativo alle tabelle delle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al II livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale ed il decreto ministeriale 31 gennaio 1998 riguardante la tabella relativa alle specializzazioni attive previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del servizio sanitario nazionale (all. 5), nelle tabelle allegate non riportano la specializzazione in criminologia clinica e psichiatria forense;

la figura dello specialista in criminologia clinica per la sua competenza multidisciplinare è prevista nei servizi per le tossicodipendenze per la funzione che tali servizi svolgono;

vi è una disparità di trattamento nello svolgimento dei concorsi che si determina a scapito di coloro che sono già in possesso del titolo di specializzazione in criminologia clinica e che lo hanno acquisito anche in funzione delle possibilità professionali ad esso collegate —:

quali iniziative si intendano assumere affinché venga riconosciuto il titolo di specializzazione in criminologia clinica come equipollente alle discipline previste dalla normativa regolarmente per l'accesso al ruolo dirigenziale del servizio sanitario nazionale contenute nelle tabelle di cui ai predetti decreti ministeriali del 30 e 31 gennaio 1998. (4-23436)

RISPOSTA. — *La specializzazione in «criminologia clinica» non compariva tra le discipline equipollenti ad alcuna disciplina nel testo del decreto ministeriale 10 dicembre 1991, integrato con i precedenti decreti ministeriali che definivano l'elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità*

e dei concorsi presso le unità sanitarie locali, valevole per la formazione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione di medici, farmacisti e veterinari presso le unità sanitarie locali, bensì veniva considerata semplicemente tra quelle affini alla psichiatria e, in particolare, la specializzazione in « criminologia clinica e psichiatria forense » era collocata solo tra le affini alla « medicina delle farmacotossicodipendenze ».

Com'è noto, le specializzazioni in medicina e chirurgia, a seguito del recepimento della direttiva n. 82/76/CEE, avvenuto con D.LVO 8 agosto 1991, n. 257, sono valutabili solo se ricomprese negli elenchi formati ed aggiornati ai sensi degli articoli 1, comma 2, ed 8, comma 1, dello stesso decreto legislativo n. 257/91, ovvero se il relativo corso di formazione è iniziato prima dell'anno accademico 1991/1992, come stabilito dall'articolo 10, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484.

In tali elenchi non sono ricomprese né la « medicina delle farmacotossicodipendenze » né la « criminologia clinica ».

A seguito dell'entrata in vigore della normativa di rango comunitario, la specializzazione in « medicina delle farmacotossicodipendenze » è stata soppressa e, pertanto, nei decreti ministeriali 30 gennaio 1998 (« Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale ») e 31 gennaio 1998 (Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale), non poteva essere inserita tra le specializzazioni ad essa affini la specializzazione in « criminologia clinica e psichiatria forense ».

Infine il decreto ministeriale 22 gennaio 1999 ha apportato alcune integrazioni alle citate tabelle, sulla base di motivate richieste presentate dagli interessati al Ministero dopo la pubblicazione dei decreti 30 gennaio 1998 e 31 gennaio 1998, tra cui non compaiono precipue richieste concernenti la

specializzazione in « criminologia clinica e psichiatria forense » che comunque, per le ragioni ora ricordate non avrebbero potuto avere accoglimento.

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

PROCACCI. — Al Ministro della sanità.  
— Per sapere — premesso che:

il 20 novembre 1998 è stato presentato dall'interrogante ed altri l'ordine del giorno 9/5266-bis/10 che impegnava il Governo al riconoscimento dei test alternativi all'uso di animali, come previsto dal decreto legislativo n. 116 del 1992 ed al finanziamento in rapporto a progetti di ricerca scientifici di una quota parte percentuale di utilizzo di test senza uso di animali, pari almeno al trentatré per cento del totale, a ricercatori che perseguano gli stessi obiettivi sperimentali;

tale ordine del giorno, accolto dal Governo, impegnava ad avviare entro 90 giorni il riconoscimento di test senza l'uso di animali, in linea con il decreto legislativo n. 116 del 1992 di attuazione della direttiva n. 86/609/CEE in materia di protezione degli animali utilizzati a fini sperimentali o ad altri fini scientifici;

L'Istituto Superiore della Sanità sembra già usi da tempo talune metodologie senza modelli animali;

il Centro europeo per la validazione dei metodi alternativi (Ecvam) di Ispra, centro peraltro istituito dalla Commissione europea all'interno del Centro comune di ricerca (Ccr) sembra abbia già validato almeno tre metodi cosiddetti « alternativi » senza, tuttavia, ottenere il necessario riconoscimento giuridico —:

se ritenga opportuno di disporre, al fine di ottemperare compiutamente al disposto del Governo con l'ordine del giorno 9-5266-bis/10 del 20 novembre 1998, una verifica sull'iter dei riconoscimenti giuridici. (4-30098)

RISPOSTA. — *In seguito alla promulgazione della Direttiva Europea sulla sperimentazione animale n. 609 (Council Directive, 1986), recepita dall'Italia con Decreto Legislativo n. 116 del 1992, un'ulteriore iniziativa della Commissione è stata l'istituzione, nel 1991, dell'ECVAM (European Centre for Validation of Alternative Methods) nell'ambito del Joint Research Centre di Ispra, Varese.*

*Il Comitato Scientifico dell'Ecvam ha il compito di approvare la validità scientifica dei saggi di volta in volta sviluppati e sottoposti a studio di validazione.*

*La Commissione convalida questa approvazione e trasmette i documenti alla Oecd, che inizia l'iter per far entrare il nuovo protocollo nelle proprie Linee Guida (GL).*

*Comunque, già prima del 1986 l'uso di metodi in vitro, in particolare di colture cellulari, era molto diffuso e consolidato nei vari settori della ricerca biomedica.*

*Infatti questi modelli, semplificati rispetto alla situazione in vivo consentono di analizzare con maggiore accuratezza i processi biochimici e molecolari che sono alla base delle attività biologiche delle costanti (xenobiotici, farmaci, etc.) fornendo utili indicazioni sui meccanismi di azione.*

*In seguito alla Direttiva n. 609 e al decreto-legislativo n. 116 del 1992, si è intensificata la ricerca applicata allo sviluppo dei metodi, utili a scopo regolatorio, che non prevedono l'uso di animali o che consentono di ridurre il numero e la sofferenza, secondo la definizione, oramai accettata a livello internazionale, delle 3R « Replace, Reduce, Refine ».*

*Alla luce di questa definizione, è possibile affermare che sono stati raggiunti i primi risultati e che il settore sta avanzando rapidamente.*

*In relazione al saggio di Tossicità Acuta Orale, sono presenti nelle GL-OECD 3 protocolli (GL 420, GL 423 e GL 425), che possono ridurre fino al 70 per cento il numero di animali rispetto al test classico (GL 401): quest'ultimo sarà in breve tempo eliminato.*

*Due test messi a punto per evidenziare il Potenziale Corrosivo delle sostanze*

*sulla pelle sono stati considerati scientificamente validi da ECVAM: TER (misura della resistenza elettrica transcutanea) e EPISKIN-SM<sup>TM</sup>. Il primo è un test « di riduzione » perché comunque utilizza la pelle dorsale del ratto opportunamente montata su cilindri dove viene effettuato il saggio, mentre il secondo è un test di « sostituzione » costituito da un modello di pelle umana ricostituita.*

*Entrambi i saggi sono in grado di discriminare le sostanze corrosive da quelle che non lo sono, ma il secondo è anche capace di individuare correttamente sostanze note classificate in vivo nelle categorie di rischio R 35 e R 34.*

*Una bozza di GL OECD con questi protocolli circola per i commenti dal novembre 1999 ed i coordinatori nazionali sono invitati a rispondere entro maggio 2000.*

*Gli esperti OECD hanno anche proposto una strategia a tappe che prevede il ricorso al test in vivo solo come ultima ratio, dopo aver esaminato tutti i dati forniti dagli studi QSAR, dall'esame del pH e dai risultati dei test in vitro precedentemente descritti.*

*Inoltre, Ter, Episkin e Epiderm, un altro modello di pelle umana ricostituita, sono stati accettati dagli Stati Membri UE al 27° Meeting for Adaptation to Technical Progress » (4 febbraio 2000), in relazione all'allegato V Testing Methods ed alla Direttiva 67/548/EEC.*

*Per quanto riguarda il test di irritazione cutanea, la situazione è meno avanzata rispetto alla corrosione, ma tre saggi in vitro basati sull'uso di pelle umana ricostituita sono già nella fase di prevalidazione.*

*Il saggio di fototossicità in vivo prevede l'uso di topi, conigli, ratti e cavie, ma non esiste ancora un protocollo ufficialmente standardizzato.*

*È stato invece considerato validato da ECVAM un test in vitro, 3T3 NRU PI, che prevede l'uso di fibroblasti di topo sui quali, dopo trattamento con la sostanza in esame ed esposizione alla luce, viene effettuato il saggio di assunzione del rosso neutro.*

*Anche questo test, che sostituisce completamente quello sugli animali, ha iniziato l'iter per entrare nelle GL OECD e anche in*



questo caso una bozza datata febbraio 2000 circola per i commenti che dovranno essere inviati entro maggio 2000.

Il test è stato accettato dagli Stati Membri UE nel Meeting sopra citato.

I test di sensibilizzazione cutanea previsti dalla GL 406 utilizzano la cavia: GPMT (Guinea Pig Maximization Test) che usa l'adiuvante e il test di Buehler che non usa l'adiuvante.

Recentemente sono stati sviluppati due modelli animali che misurano l'aumento di spessore dell'orecchio (Mouse Ear Swelling Test: MEST) e l'aumento dell'attività proliferativa dei linfonodi (Local Lymph Node Assay: LLNA) del topo dopo trattamento con la sostanza in esame.

Questi due test hanno dimostrato di saper identificare in maniera affidabile agenti sensibilizzanti non solo forti, ma anche moderati; inoltre riducono la sofferenza degli animali trattati « refinement » perché la sostanza non viene iniettata, non viene usato l'adiuvante e richiedono tempi più brevi del test classico.

Nell'ultima versione della GL 406 si suggerisce di utilizzarli come primo approccio e di ricorrere al test con la cavia solo in caso di risposta negativa.

In questo settore sono in via di sviluppo metodi in vitro basati sul rilascio di interleuchine.

Le richieste legislative dei diversi Paesi relative all'assorbimento cutaneo sono molto diversificate e attualmente circolano due bozze di linee guida OECD per studi di assorbimento cutaneo vivo ed in vitro.

Il modello in vitro, un test di riduzione che almeno per quanto riguarda l'Europa è molto vicino ad essere accettato, si basa fondamentalmente sulla misura della diffusione del composto in esame dalla superficie del campione di pelle prelevata dall'animale in un recipiente di raccolta. In sostanza, la cella di penetrazione è divisa da un campione di pelle in una « camera superiore » ed una « inferiore », contenente un liquido « recettore » la cui composizione non deve alterare l'integrità della pelle e le sue caratteristiche di permeabilità.

I modelli in vitro per la misura della embriotossicità non si trovano ancora in

uno stadio molto avanzato, tuttavia alcuni di essi di diversa complessità come Embrione di *Xenopus* (FETAX), embrione di pollo (CHEST), coltura in micromassa e coltura di embrione di mammifero, sembrano dare risultati promettenti e saranno sottoposti ad uno studio di validazione.

Molta ricerca viene anche fatta per lo sviluppo di metodi alternativi che possano essere applicati in settori diversi dalla tossicologia: efficacia e controllo di qualità dei vaccini, produzione di anticorpi monoclonali, controllo di sicurezza ed efficacia di prodotti biologici.

In questo ultimo caso, ad esempio, il test di pirogenicità sul coniglio dovrebbe tra breve essere sostituito dal test LAL (*Limulus Amoebocyte Lysate*).

Anche nel campo della cancerogenesi circola una bozza di GL OECD che propone un test di trasformazione in vitro di cellule di embrione di Hamster siriano.

L'Istituto Superiore di Sanità, chiamato in causa dall'articolo 16 del decreto legislativo n. 116 del 1992, ha contribuito allo sviluppo del settore sia per lo studio dei meccanismi, sia per l'aspetto più applicativo di sviluppo di metodi alternativi, anche partecipando a studi di validazione internazionale, ai Workshops di ECVAM e a Commissioni.

In conclusione, è evidente che la ricerca applicata allo sviluppo di metodi alternativi ha prodotto risultati molto interessanti e utili per ottemperare alle richieste della Direttiva 86/609 CEE e del Decreto legislativo 116/92.

Per quanto riguarda la richiesta specifica di una verifica sull'iter dei riconoscimenti giuridici, si fa presente che i test in vitro per la corrosione della pelle (TER, EPISKIN, EPIDERM) e quello per la fototossicità (3T3NRU PI), hanno iniziato l'iter per entrare nelle linee guida OECD.

Infatti, le bozze dei rispettivi protocolli stanno circolando, per i commenti, tra gli esperti OECD ed i coordinatori nazionali sono stati invitati a rispondere entro il maggio 2000.

Gli stessi saggi sono stati accettati dagli Stati Membri UE al 27° Meeting for Adaptation to Technical Progress » (4 febbraio

2000), in relazione all'allegato V « *Testing Methods* » ed alla Direttiva 67/548/CEE.

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Ombretta Fumagalli Carulli.

VALDUCCI. — *Al Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.* — Per sapere — premesso che:

l'università di Roma « La Sapienza » in data 6 agosto 1999 ha indetto un concorso a n. 10 posti di nona qualifica funzionale, area amministrativo-contabile, profilo professionale di vice dirigente;

sul regolamento e sul bando di concorso di cui sopra si evincono, ad avviso dell'interrogante, le seguenti violazioni di legge:

violazione degli articoli 45 del decreto legislativo n. 29 del 1993 e 5 e 7 del contratto collettivo nazionale del lavoro, in quanto le materie dei corsi di formazione, le progressioni di carriera e i concorsi pubblici non possono essere interessati da accordi con le organizzazioni sindacali;

violazione dell'articolo 15 della legge n. 23 del 1986 che prevede: « Alla nona qualifica funzionale si accede mediante concorso interno per prove scritte e orali, e per valutazione dei titoli di servizio. Il concorso è riservato al personale dell'ottava e della settima qualifica funzionale dell'area amministrativo-contabile in possesso di laurea, che abbia maturato, rispettivamente, quattro e otto anni di servizio effettivo nella qualifica ». In effetti, il concorso bandito esclude il personale della settima qualifica ed omette di valutare i titoli di servizio, elemento fondamentale per la formazione dei dirigenti. Risulta all'interrogante che l'amministrazione non abbia dato inoltre alcuna motivazione del perché non sia stata attivata la procedura prevista dal comma 7 dello stesso articolo che prevede una selezione per merito comparativo. L'articolo 7 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come integrato e modificato con i decreti-legge 18 novembre 1993, n. 470, 23 dicembre 1993, n. 546 e

12 maggio 1995, n. 163, al punto 4 stabilisce che le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali, rilasciando attestati e non, utilizzabili come corso-concorso, stravolgendo ed omettendo di applicare quanto previsto dall'articolo 36 del CCNL;

il numero dei posti messi a concorso, nella fattispecie n. 10, non risulta armonizzarsi con la delibera del consiglio di amministrazione dell'Ateneo datata 15 maggio 1997, che, per la sola applicazione dell'articolo 46, comma 2, del contratto collettivo nazionale del lavoro prevede n. 19 posti, ulteriormente incrementati dalle vacanze determinatesi *medio tempore* dal *turn-over* e trasferimenti;

l'articolo 46, comma 2, del contratto collettivo nazionale del lavoro, prevede la corresponsione di una indennità annua lorda di lire 2 milioni in favore di funzionari della ex carriera direttiva amministrativa, indennità riassorbita ove gli atenei procedano all'inquadramento nella nona qualifica a seguito della rideterminazione della pianta organica. Quindi tali somme potrebbero essere riassorbite con l'inquadramento dei funzionari idonei per percepire l'indennità di funzione, ma non idonei per essere inquadrati alla qualifica per cui percepiscono l'indennità eliminando, inoltre, i non pochi costi di un concorso *ex novo*. Inoltre, si sottolinea che l'amministrazione competente, in ossequio agli articoli 45 e 46, comma 1, del contratto collettivo nazionale del lavoro, ha inquadrato nelle qualifiche superiori le II, III, IV, V e VI qualifiche;

il bando di concorso è stato pubblicato a mezzo affissione all'albo e con lettere circolari, violando la normativa vigente che prescrive, anche per i concorsi interni, la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*;

il bando di concorso risulta essere stato ulteriormente rimaneggiato (in merito ai termini ed ai requisiti) —:

se tali fatti siano veri e se non si intenda adottare con urgenza gli opportuni

provvedimenti al fine di ripristinare una situazione di piena legalità, anche per evitare gli ulteriori costi conseguenti ai numerosi ricorsi che potrebbe generare lo svolgimento del concorso così come previsto. (4-26032)

**RISPOSTA.** — Con riferimento al documento ispettivo citato, si comunica che il Rettore dell'Università di Roma «La Sapienza», interpellato in proposito da questo Ministero, ha fornito le precisazioni di seguito riportate.

L'articolo 15 della legge n. 23 del 1986 ha istituito la IX qualifica funzionale dell'area amministrativo-contabile disciplinando le modalità di accesso. Il citato articolo, nella prima applicazione della Legge, ha previsto, al comma 7, la copertura di eventuali posti disponibili (dopo l'inquadramento, avvenuto nel settembre 1997, dei dipendenti collocati nelle qualifiche ad esaurimento) mediante scrutinio per merito comparativo riservato al personale della VII ed VIII qualifica dell'area amministrativo-contabile, che alla data di entrata in vigore della legge stessa, avesse maturato rispettivamente almeno 6 e 3 anni di anzianità nella qualifica di appartenenza.

In mancanza di pianta organica definita tale previsione non è stata mai attuata.

Con l'entrata in vigore del Ccnl Comparto Università è stata introdotta la possibilità di effettuare, tra l'altro, attraverso corsi di formazione professionale, passaggi dalla VII alla IX qualifica funzionale. Va osservato che, con l'introduzione del criterio di finanziamento budgettario e coerentemente con una serie di interventi effettuati con le manovre di bilancio nel corso degli anni passati, è stata ampliata l'autonomia degli Atenei attraverso una maggiore flessibilità nella gestione dei fattori produttivi ed in particolare del lavoro. Attualmente gli Atenei possono decidere autonomamente il numero e la tipologia del personale da assumere.

La flessibilità e l'autonomia in tema di reclutamento e di gestione del personale è stata ulteriormente considerata dalla legge n. 127 del 1997 che, all'articolo 17, comma 109, detta: « nel rispetto dell'equilibrio fi-

nanziario del bilancio e dei principi di una corretta ed efficiente gestione delle risorse economiche e strumentali, le materie di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), numeri 2, 3, 4 e 5, della legge 23 ottobre 1992, n. 421 sono regolate dalle Università, per quanto riguarda il personale tecnico ed amministrativo, secondo i propri ordinamenti. I relativi atti regolamentari devono rispettare quanto stabilito dai contratti collettivi di lavoro e sono soggetti al procedimento di cui all'articolo 10 del decreto legislativo n. 29 del 1993 (partecipazione sindacale) ».

Tale normativa riguarda in particolare:

- 1) gli organi, gli uffici, i modi di conferimento della titolarità dei medesimi;
- 2) i principi fondamentali di organizzazione degli uffici;
- 3) i procedimenti di selezione per l'accesso e l'avviamento al lavoro;
- 4) i ruoli e le dotazioni organiche, nonché la loro consistenza complessiva.

Le dotazioni complessive di ciascuna qualifica sono definite previa comunicazione alle OO.SS. interessate maggiormente rappresentative sul piano nazionale. I dipendenti dell'Ateneo con la qualifica di funzionario amministrativo (VIII qualifica funzionale) dell'area amministrativo-contabile, percepiscono, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del Ccnl del Comparto Università, a decorrere dall'1 gennaio 1996, una indennità annua lorda di lire 2.000.000, in quanto « funzionari della ex carriera direttiva amministrativa di qualifica non superiore alla VIII, per la cui assunzione era richiesto quale requisito il diploma di laurea ».

Il successivo terzo comma del medesimo articolo prevede che la suddetta indennità venga riassorbita ove gli Atenei procedano, nei modi previsti dall'ordinamento vigente anche a seguito di apposita formazione finalizzata alla qualificazione professionale, all'inquadramento nella IX qualifica funzionale del personale sopra citato nei posti vacanti o comunque disponibili a seguito della rideterminazione della pianta organica di Ateneo.

In virtù dell'autonomia e della flessibilità sopra descritte, è stato, quindi, stipulato

un accordo tra l'Amministrazione dell'Università e le OO.SS., in data 8 luglio 1999, in base al quale, si è cercato di conciliare le esigenze di applicazione del comma 7, articolo 5 della citata legge 23/86 con quelle dell'articolo 46 del Ccnl del Comparto Università, mediante l'organizzazione di corsi concorsi, finalizzati alla mobilità verticale sui posti vacanti o disponibili al 31 dicembre di ciascun anno.

In data 5 agosto 1999 è stato recepito detto accordo ed è stato adottato un regolamento riguardante i suddetti corsi di formazione successivamente modificato ed integrato con D.R. del 20 settembre 1999 per quanto riguarda il requisito dell'anzianità di servizio.

Pertanto, con bando del 6 agosto 1999, modificato in parte con dispositivo del 20 settembre 99, si è provveduto a bandire, tra gli altri, il corso-concorso a 10 posti di IX qualifica, oggetto dell'interrogazione. Il Rettore, peraltro, fa presente che il corso concorso rientra comunque nella fattispecie di cui all'articolo 6 del Ccnl, in quanto si tratta sempre di un corso di formazione al quale il personale, in possesso dei requisiti previsti, può partecipare.

Non si è ritenuto, continua il Rettore, di dover ammettere a detto corso concorso esclusivamente il personale di cui al comma 2 dell'articolo 46 del Ccnl, in quanto una simile interpretazione, lungi dall'essere chiara ed esaustiva, avrebbe discriminato una considerevole parte di personale di VIII qualifica funzionale, impedendo all'Amministrazione medesima di potere effettuare una più ampia selezione, al fine di garantire l'inquadramento dei più meritevoli. Fattore questo tanto più rilevante a parere dell'Ateneo, se si considera la delicatezza e la complessità delle funzioni istituzionalmente attribuite alla IX qualifica funzionale.

Non si può ritenere, inoltre, come sostenuto dall'interrogante, che siano state disapplicate le disposizioni di cui all'articolo 15 della legge n. 23 del 1986 che è, appunto, la legge istitutiva della IX qualifica funzionale e che ne ha disciplinato le modalità di accesso.

L'articolo 46 peraltro non detta disposizioni relative a modalità e requisiti per

l'inquadramento nelle qualifiche superiori, ma riguarda esclusivamente le « indennità perequative », per le quali è previsto un riassorbimento in caso di inquadramento nella qualifica superiore, nei modi previsti dall'ordinamento vigente ».

È da ritenere invece che la previsione dell'articolo 46 del Ccnl dia per scontato che i vari Atenei abbiano già dato applicazione alla suddetta legge 23/86 e si riferisca quindi alla copertura di eventuali posti residui, senza indicare un preciso obbligo dell'Amministrazione in tal senso e senza precludere il citato inquadramento a tutto il restante personale di VII e VIII qualifica funzionale che non percepisca l'indennità ivi prevista.

Ciò, conclude il Rettore, richiamandosi al principio generale secondo il quale le norme vengono applicate in ordine temporale.

In relazione a quanto comunicato dal Rettore dell'Università di Roma « La Sapienza », si ritiene, alla luce dell'autonomia contabile e gestionale attribuita agli Atenei dalla normativa vigente, di non dover assumere ulteriori iniziative in merito alla questione oggetto dell'interrogazione.

Il Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica: Luciano Guerzoni.

VALPIANA. — Ai Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. — Per sapere — premesso che:

i laureati in chimica e tecnologie farmaceutiche sono ammessi alla scuola di specializzazione in biochimica e chimica clinica - indirizzo biochimico e chimico analitico in cui fine è « offrire una qualificazione scientifica e professionale ai laureati che intendono dedicarsi alle discipline biochimiche e chimico-cliniche con indirizzo diagnostico e analitico di laboratorio » (Gazzetta Ufficiale del 31 ottobre 1990 pagine 22, 23);

in base al decreto del Presidente della Repubblica n. 483 del 10 dicembre 1997, i laureati in chimica e tecnologie farmaceutiche

tiche non sono più ammessi ai concorsi per il primo livello dirigenziale, profilo professionale di chimico per i laboratori di biochimica e chimica clinica del Servizio sanitario locale;

prima dell'avvento del decreto del Presidente della Repubblica n. 483 del 10 dicembre 1997 l'accesso a quello che è ora definito « primo livello » era regolato dalla « normativa concorsuale delle Usl in applicazione dell'articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979 n. 716 » pubblicato sul supplemento ordinario della *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982 che, all'articolo 69 « profili professionali di biologo, chimico, fisico, psicologo », poneva tra i requisiti la laurea in Ctf, l'abilitazione all'esercizio professionale ove esistente e l'iscrizione agli albi dei rispettivi ordini professionali ove esistenti;

tale normativa è stata modificata dall'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica n. 502 del 30 dicembre 1992 che recita: « Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale possono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo del rispettivo ordine e abbiano conseguito il diploma nella disciplina »;

gli specializzati in biochimica e chimica clinica - indirizzo biochimico e chimico analitico prima del gennaio 1998 (quando ancora la normativa concorsuale permetteva l'accesso ai laboratori in biochimica e chimica clinica) si trovano quindi nell'impossibilità di accedere attualmente al relativo profilo professionale;

non essendo stata permessa l'istituzione di uno specifico ordine professionale, i laureati in Chimica e tecnologie farmaceutiche sono attualmente iscritti all'ordine dei farmacisti, ma non si può assolutamente negare l'evidenza delle loro capacità professionali ai fini dell'inquadramento nei ruoli dei laboratori ospedalieri di biochimica clinica e chimica analitica, prova ne sia che il decreto del Presidente della Repubblica n. 484 del 10 dicembre

1997 (articolo 4) li ammette all'incarico per il secondo livello dirigenziale del Servizio Sanitario nazionale in chimica analitica e biochimica clinica;

in base alla normativa europea sulla libera concorrenza non può essere l'appartenenza o meno ad un ordine a decidere la possibilità di ammissione ma il *curriculum* di studi formativo-professionale idoneo;

il decreto del Presidente della Repubblica n. 483 del 10 dicembre 1997 articolo 48 « profilo professionale: fisico » pone tra i requisiti specifici di ammissione ai concorsi il diploma di laurea in fisica e la specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, ma non prevede l'iscrizione ad alcun ordine professionale —:

se intenda provvedere affinché sia evitata l'ingiusta esclusione dei laureati in chimica e tecnologie farmaceutiche dai concorsi per il primo livello dirigenziale, profilo professionale di chimico.

(4-24943)

**RISPOSTA.** — *In relazione all'atto parlamentare indicato in oggetto, si segnala innanzitutto che, con l'entrata in vigore del decreto legislativo 502 del 1992, sono stati disciplinati all'articolo 15, comma 3, i requisiti per l'accesso al primo livello dirigenziale del ruolo sanitario; tra questi, oltre il diploma di laurea nel corrispondente profilo professionale e la specializzazione nella disciplina, è necessaria l'iscrizione all'albo dei rispettivi ordini professionali.*

*Sembra chiaro, quindi, che il legislatore, nel ridisciplinare l'accesso al ruolo della dirigenza sanitaria, ha ritenuto requisito indispensabile l'iscrizione all'albo professionale.*

*Su tale presupposto si è provveduto a regolamentare l'accesso per il profilo professionale di chimico del Servizio sanitario nazionale.*

*Infatti, l'articolo 44 del decreto del Presidente della Repubblica 483 del 1997 ha stabilito, tra i requisiti specifici di ammissione al concorso per titoli ed esami per la posizione funzionale di primo livello diri-*

*genziale del profilo professionale di chimico, il solo diploma di laurea in Chimica.*

*Tale diploma di laurea è l'unico che allo stato attuale della normativa permette l'iscrizione all'Albo dei chimici. Appare, pertanto, di tutta evidenza che il citato decreto del Presidente della Repubblica non avrebbe potuto contemplare il diploma di laurea in Chimica e tecnologia farmaceutica, in coerenza con tutto il sistema normativo.*

*Da ultimo non appare determinante l'osservazione, riportata nell'atto parlamentare in oggetto, circa la diversità dei titoli richiesti per il concorso per il profilo professionale di Fisico, come regolato dall'articolo 48 del decreto del Presidente della Repubblica 483 del 1997, per cui non è necessaria l'iscrizione all'albo professionale. È noto, infatti, che nel nostro ordinamento non esiste un albo professionale dei Fisici, quindi tale requisito non poteva essere richiesto.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

ARMANDO VENETO. — Al Ministro della sanità. — Per sapere — premesso che:

il commissario dell'azienda sanitaria n. 10 della Calabria con un impopolare provvedimento aveva disposto il passaggio alla forma indiretta per l'assistenza farmaceutica, assumendo a fondamento dello stesso la necessità di operare un controllo, a meccanismo fermo per un breve periodo, sulle truffe e gli sprechi che nel settore si compivano;

lo stesso aveva chiesto la solidarietà dei sindaci e dei responsabili, ai vari livelli, delle comunità locali, ed aveva ottenuto la adesione, per un avvertito senso di responsabilità, al mantenimento della forma di assistenza per tutto il mese di luglio 1999, che assumeva fosse appena sufficiente per operare i controlli e bloccare il meccanismo di sperpero del pubblico denaro;

senonché, ad avviso dell'interrogante cedendo alle pressioni della piazza e di numerosi esponenti politici, ha revocato il

provvedimento prima ancora che esso potesse dare i suoi frutti —:

se il Ministro sia a conoscenza del fatto;

se siano attivabili appositi controlli per stabilire se l'iniziale provvedimento fosse opportuno e funzionale rispetto al dichiarato scopo, quali provvedimenti possano essere adottati contro chi cervelloticamente decide in un settore di così grande rilievo e quale titolo, per quale ragione e con quali motivazioni risulti che sia stato revocato un provvedimento ritenuto utile e giusto;

cosa intenda fare perché la spesa farmaceutica esorbitante (come tale evidenziata da numerose aziende sanitarie) venga ricondotta in limiti fisiologici.

(4-24964)

RISPOSTA. — Si risponde alle interrogazioni parlamentari in esame sulla base degli indispensabili elementi acquisiti dalle competenti Autorità sanitarie regionali per il tramite del Commissariato del Governo nella Regione Calabria.

L'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali ha inteso precisare che le misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica, adottate con la circolare datata 27 agosto 1999, diramata ai Commissari e Direttori Generali delle Aziende USL ed Ospedaliere della Calabria, non si configurano in alcun modo come assistenza farmaceutica indiretta.

Il concreto obiettivo perseguito, in accordo con l'Associazione Federfarina, è quello di contenere la spesa farmaceutica regionale con gli strumenti a tal fine più idonei, nel rispetto delle necessità assistenziali dell'utenza interessata.

La circolare in questione è stata definita in via del tutto provvisoria ed in attesa dell'emanazione di apposite linee guida, concordate con gli organismi regionali coinvolti e con il vantaggio dell'impegno assunto

*da Federfarma in ordine alla partecipazione alla raccolta di dati di consumo per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica, allo scopo di pervenire alla ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dell'impiego terapeutico dei medicinali, con un migliore utilizzo delle risorse e proprio per garantire nel tempo l'assistenza farmaceutica diretta senza penalizzare i ceti meno abbienti e le classi economicamente e socialmente più deboli.*

*In sintesi, con la circolare del 27 agosto 1999, sono state date agli operatori sanitari regionali disposizioni in merito alla prescrizione di determinate categorie di medicinali, alla trasmissione delle ricette, all'osservanza delle note prescrittive formulate dalla Commissione Unica del Farmaco.*

*Con la successiva circolare dell'8 settembre 1999, a seguito degli accordi intercorsi fra l'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali e la Federfarma, ed al fine di mantenere la spesa farmaceutica nella Regione Calabria entro i limiti della media nazionale pro capite, sono state emanate le previste linee guida, contenenti indicazioni sulla prescrizione dei medicinali e sulle relative ricette.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

ZACCHERA. — Al Ministro della sanità.  
— Per sapere — premesso che:

già in passato l'interrogante ha richiesto al ministro della sanità chiarimenti sull'attività dell'Istituto « Pio XII » di Misurina di Auronzo di Cadore, cui è stata fornita adeguata risposta;

con atto ispettivo 4-14993 il collega Crema presentava similare interrogazione parlamentare cui rispondeva il Ministro della sanità con nota del 13 giugno 1997 protocollo 100/905/1465;

a tutt'oggi, però, si segnalano ancora ritardi nei pagamenti da parte di Asl nei confronti dell'istituto oltre a non riconoscimenti delle prestazioni offerte in regime

di convenzione verso bambini che necessitano di cure per le patologie affrontate al « Pio XII » —:

quali iniziative concrete intenda assumere il Ministro interrogato al fine di richiamare le Asl interessate dalle convenzioni esistenti al pieno rispetto delle stesse con particolare riguardo ai termini per il pagamento delle rette di degenza.

(4-15351)

RISPOSTA. — Dai dati ricevuti dalla Regione Veneto per il tramite di quel Commissariato del Governo, risulta che la Giunta regionale, con proprio atto deliberativo n. 2223/1995, di razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera ai sensi delle LL. RR. n. 39/93 e n. 56/94, ha previsto espressamente per l'Istituto Pio XII di Misurina (Belluno) la risoluzione del rapporto di convenzione per la funzione ospedaliera e la trasformazione in Centro di Riabilitazione, ai sensi dell'articolo 26 della Legge n. 833/78, con attività monovalente per minori con patologia pneumologica aspecifica, avente funzione diagnostico-terapeutica da svilupparsi con adeguati trattamenti a tempo pieno, per un totale di 100 posti letto.

Con nota del luglio 1996, a firma dell'Assessore regionale alle Politiche Sanitarie, Prof. Iles Braghetto, le Aziende — U.L.S.S. del Veneto venivano esaurientemente informate sul contenuto delle prestazioni riabilitative e sulle caratteristiche qualificanti dell'Istituto, che trovano nella climatoterapia d'alta quota il caposaldo fondamentale terapeutico in grado di portare ad una desensibilizzazione naturale dell'organismo nei confronti degli allergeni responsabili delle varie forme di asma infantile.

In tal modo, l'attività espletata dall'Istituto veniva indicata, nell'ambito della programmazione regionale, quale efficace esempio di riabilitazione extraospedaliera « mirata » per particolari patologie, agli effetti della prevenzione, cura e riabilitazione.

*In seguito, la Giunta regionale del Veneto ha provveduto (DGR 4 agosto 1998, n. 2991) ad autorizzare l'Istituto Pio XII anche per le prestazioni riabilitative offerte in regime di trattamento diurno, aggiornando le rispettive tariffe.*

*Il contenuto del DGR n. 2991/98 è stato portato a conoscenza, con specifica nota, di tutti gli Assessorati alla Sanità delle Regioni italiane, nonché delle Province Autonome di Trento e Bolzano.*

*Nel contempo, la Regione Veneto ha sollecitato l'Istituto Pio XII di Misurina a promuovere ogni utile iniziativa atta a diffondere le informazioni più appropriate riguardanti i benefici offerti dalla stessa struttura e la reale efficacia delle cure in essa praticate.*

Il Sottosegretario di Stato per la sanità: Grazia Labate.

*Stabilimenti Tipografici  
Carlo Colombo S. p. A.*