

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVI LEGISLATURA

n. 195

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 28 dicembre 2012 al 16 gennaio 2013)

INDICE

AMATI ed altri: sulla tutela delle cosiddette mucche a terra destinate all'allevamento (4-07666) (risp. CARDINALE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	Pag. 6465	fessor Zamboni a Ferrara (4-06560) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6489
AMORUSO: sulla vendita dei farmaci <i>on line</i> (4-07167) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6469	BASSOLI ed altri: sulla campagna di vaccinazioni contro l'HPV (4-06891) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6493
ARMATO ed altri: sulla promozione del turismo in Italia (4-08248) (risp. GNUDI, <i>ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport</i>)	6475	BIANCONI ed altri: sul commercio illegale di integratori energetici (4-07455) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6501
AUGELLO: sull'annullamento delle elezioni nel Comune di Ariccia (Roma) (4-07933) (risp. RUPERTO, <i>sottosegretario di Stato per l'interno</i>)	6478	BIONDELLI: sull'organizzazione del servizio di elisoccorso in Piemonte (4-07009) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6506
BAIO ed altri: sul servizio podologico (4-07003) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6481	CARDIELLO: sulla riorganizzazione di Poste italiane nel salernitano (4-07145) (risp. VARI, <i>sottosegretario di Stato per lo sviluppo economico</i>)	6510
sulla gara per le forniture di presidi per diabetici alle amministrazioni pubbliche (4-07908) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6484	CARRARA: sulla reperibilità dei <i>voucher</i> per il pagamento delle prestazioni di lavoro occasionale accessorio (4-08490) (risp. MARTONE, <i>vice ministro del lavoro e politiche sociali</i>)	6512
BALBONI: sulla sperimentazione di una terapia per la sclerosi multipla da parte del pro-		DELLA SETA, FERRANTE: su provvedimenti di condono edilizio ad Ischia (4-06526) (risp. RUPERTO, <i>sottosegretario di Stato per l'interno</i>)	6514

DELLA SETA ed altri: sullo svolgimento delle manifestazioni del 14 novembre 2012 in alcune città d'Italia (4-08704) (risp. DE STEFANO, <i>sottosegretario di Stato per l'interno</i>)	6517	MARINO Ignazio ed altri: sulla gestione dei centri di identificazione ed espulsione (4-07782) (risp. RUPERTO, <i>sottosegretario di Stato per l'interno</i>)	6551
FASANO: sulla gestione delle domande di trasferimento di dipendenti di Poste italiane (4-07369) (risp. VARI, <i>sottosegretario di Stato per lo sviluppo economico</i>)	6519	MAURO: sulla divulgazione di alcune informazioni bancarie riservate da parte della stampa (4-07537) (risp. POLILLO, <i>sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze</i>)	6553
sulla gestione delle domande di trasferimento di dipendenti di Poste italiane (4-07370) (risp. VARI, <i>sottosegretario di Stato per lo sviluppo economico</i>)	6520	MONGIELLO: sulla mobilità nazionale per i dipendenti Inps (4-06607) (risp. FORNERO, <i>ministro del lavoro e politiche sociali</i>)	6557
sulla gestione delle domande di trasferimento di dipendenti di Poste italiane (4-08309) (risp. VARI, <i>sottosegretario di Stato per lo sviluppo economico</i>)	6521	PARDI: sull'abbordaggio della nave "Estelle" da parte della Marina militare israeliana (4-08533) (risp. DE MISTURA, <i>sottosegretario di Stato per gli affari esteri</i>)	6559
FILIPPI Alberto: sulla disciplina normativa relativa alla produzione di principi attivi farmaceutici (4-06299) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6523	PEDICA: su alcuni provvedimenti di autorizzazione della ASL di Brindisi (4-07042) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6562
sulla gestione degli animali da sperimentazione da parte della società Harlan Italia (4-07103) (risp. CARDINALE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	6531	sull'annullamento delle elezioni nel Comune di Ariccia (Roma) (4-07784) (risp. RUPERTO, <i>sottosegretario di Stato per l'interno</i>)	6479
sulla gestione degli animali da sperimentazione da parte della società Harlan Italia (4-07696) (risp. CARDINALE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	6534	sul blocco del <i>turn over</i> nel comparto difesa e sicurezza (4-08579) (risp. DI PAOLA, <i>ministro della difesa</i>)	6565
FLERES: sull'abilitazione all'esercizio della professione di guida turistica in Sicilia (4-07416) (risp. GNUDI, <i>ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport</i>)	6535	PERDUCA, PORETTI: sulla vicenda di una persona affetta da sindrome da talidomide (4-07396) (risp. CARDINALE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	6567
GARAVAGLIA Mariapia ed altri: sulle condizioni di sicurezza delle organizzazioni non governative italiane in Afghanistan (4-08777) (risp. DE MISTURA, <i>sottosegretario di Stato per gli affari esteri</i>)	6537	sui detenuti tossicodipendenti (4-08671) (risp. RICCARDI, <i>ministro per la cooperazione internazionale e l'integrazione</i>)	6569
GHEDINI ed altri: sul fenomeno delle dimissioni in bianco (4-08106) (risp. FORNERO, <i>ministro del lavoro e politiche sociali</i>)	6539	PINOTTI: sulle modalità di recupero di somme indebitamente percepite dai pensionati a titolo di <i>bonus</i> (4-08344) (risp. FORNERO, <i>ministro del lavoro e politiche sociali</i>)	6576
GRAMAZIO: sulla normativa relativa al riutilizzo degli imballaggi sanitari (4-07301) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6545	POLI BORTONE: su un caso di malasanità presso l'ospedale civile di Nardò (Lecce) (4-06260) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6579
LANNUTTI: sulle infrazioni al codice di deontologia medica (4-07481) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6547	PORETTI, PERDUCA: su alcune pratiche ostetriche (4-06295) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6581
		RIZZI, MONTI Cesarino: su una struttura per la detenzione dei cani in provincia di Lecce (4-07872) (risp. BALDUZZI, <i>ministro della salute</i>)	6584

THALER AUSSERHOFER: sull'estensione
dei controlli delle autorità sanitarie alle pa-
rafarmacie (4-06688) (risp. BALDUZZI,
ministro della salute)

6586

ZANETTA: sulla disciplina relativa ai tratta-
menti speciali di disoccupazione per i lavo-
ratori frontalieri italiani in Svizzera (4-
08477) (risp. FORNERO, *ministro del lavo-
ro e politiche sociali*)

6590

AMATI, CHIAROMONTE, GRANAIOLA, PERDUCA, PORRETTI. - *Ai Ministri della salute e delle politiche agricole alimentari e forestali.* - Premesso che:

negli anni sono state numerose le denunce che le associazioni animaliste, in particolare l'Ente nazionale per la protezione degli animali e la Lega antivivisezione, hanno presentato per il caso delle cosiddette "mucche a terra", ovvero animali che per essere stati ipersfruttati per la produzione di latte non sono più in grado di deambulare, e sono costretti a vivere in uno stato di profonda prostrazione e sofferenza;

per questo motivo tali mucche vengono prematuramente, ovvero già intorno ai due anni di vita, destinate al macello;

a quanto risulta agli interroganti, del caso delle cosiddette "mucche a terra" si è occupata anche la trasmissione televisiva "Striscia la notizia", che nei servizi del 26 marzo 2009 e del 25 maggio 2012 ha denunciato, attraverso immagini e commenti, i numerosi maltrattamenti a cui tali animali vengono sottoposti prima di essere macellati;

le immagini mostrano inoltre l'utilizzo, da parte degli allevatori, di pratiche crudeli e strazianti nei confronti di tali animali, come, ad esempio, l'utilizzo di trattori per spingere gli animali a salire sui camion per essere condotti al macello;

tale pratica è suscettibile di integrare il reato di maltrattamento di animali, punito ai sensi dell'articolo 544-ter del codice penale;

sono numerosi, inoltre, gli osservatori appartenenti ad organizzazioni non governative internazionali che, attraverso la produzione di materiale video, hanno denunciato alle autorità italiane responsabili dei controlli e della gestione gli scandalosi abusi commessi dagli allevatori su tali animali;

su tale problema, le associazioni hanno presentato un *dossier* presso gli uffici competenti dell'Unione europea chiedendo una sanzione esemplare nei confronti del nostro Paese nonché l'avvio di un accertamento di tali pratiche;

da alcune immagini video risulterebbe inoltre che alcuni dei maltrattamenti sarebbero avvenuti in presenza di medici veterinari;

il medico veterinario, nell'esercizio della sua professione in qualità di dipendente del servizio veterinario pubblico, è definito "veterinario ufficiale", poiché ai sensi dell'art. 357 del codice penale è a tutti gli effetti un

pubblico ufficiale e agente di polizia giudiziaria ai sensi dell'articolo 55 del codice di procedura penale;

il codice deontologico della professione veterinaria, che consta di un insieme di precetti che la Federazione nazionale degli ordini dei veterinari italiani (Fnovi) ha approvato per regolare il corretto esercizio della professione veterinaria, all'art. 1 evidenzia l'esigenza di assicurare il rispetto degli animali e del loro benessere in quanto esseri senzienti;

i comportamenti gravemente omissivi, se non addirittura criminosi, commessi da alcuni veterinari anche in veste di pubblici ufficiali, ledono inevitabilmente l'immagine dell'intera categoria dei veterinari, per giunta pubblici ufficiali;

appare gravissimo che un simile reato sia stato commesso proprio da medici veterinari, che hanno il dovere di prevenire il maltrattamento degli animali come prescritto dalla normativa vigente,

si chiede di sapere:

quali urgenti iniziative i Ministri in indirizzo, ciascuno per quanto di competenza, intendano adottare per garantire il rispetto della normativa vigente in ordine all'allevamento, al trasporto, alla tutela e al rispetto degli animali;

se non ritengano necessario avviare in tempi brevissimi verifiche e controlli straordinari presso tutte le aziende presenti sul territorio nazionale che operano nel settore dell'allevamento, del trasporto e della macellazione degli animali, *in primis* presso quelle aziende denunciate dalle associazioni nazionali ed internazionali e dalle informazioni riportate nei servizi televisivi richiamati;

quali provvedimenti intendano adottare nei confronti di coloro che si siano resi responsabili di comportamenti chiaramente lesivi nei confronti di tali animali, soprattutto se nell'esercizio della professione veterinaria;

se non ritengano che i pesanti maltrattamenti riservati a detti animali siano profondamente in contrasto con quanto previsto dalla legge n. 189 del 2004 concernente il divieto di maltrattamento degli animali, e pertanto siano gravemente offensivi del sentimento e dell'attenzione che oggi gran parte dei cittadini nutre nei confronti di tutti gli animali.

(4-07666)

(7 giugno 2012)

RISPOSTA. - Il Ministero è costantemente impegnato nell'attività di vigilanza e controllo per contrastare le violazioni di carattere amministrativo e gli illeciti penali che possono essere perpetrati durante il trasporto di animali vivi, ivi comprese le "mucche a terra", sia nelle movimentazioni nazionali che nei trasporti di provenienza comunitaria e internazionale ed in

particolare nell'attuazione del regolamento (CE) n. 1/2005 del Consiglio dell'Unione europea del 22 dicembre 2004, "sulla protezione degli animali durante il trasporto e le operazioni correlate", che stabilisce le norme di benessere animale durante il trasporto avente finalità economiche.

Il Ministero, con l'ausilio del centro di riferimento nazionale sul benessere animale dell'Istituto zooprofilattico sperimentale di Brescia, nel maggio 2007 ha redatto le linee guida sulla gestione dell'idoneità al trasporto degli animali affetti da lesioni, problemi fisiologici o patologie, con cui sono state fornite indicazioni dettagliate sulle procedure operative alle quali i veterinari e gli operatori del settore devono attenersi negli allevamenti e nei macelli, al fine di garantire l'attuazione delle norme cogenti sul benessere animale. In tali procedure vengono anche richiamate fattispecie di comportamenti suscettibili di integrare il reato di maltrattamento di animali, punito ai sensi dell'art. 544-ter del codice penale.

Nel 2008 il Ministero, in collaborazione con il citato centro di riferimento e l'Associazione italiana allevatori, ha finanziato ed avviato un programma di formazione ed informazione degli allevatori in materia di protezione degli animali in allevamento, ai fini sia dell'acquisizione di un'adeguata conoscenza della normativa vigente sia di sensibilizzazione di tutti gli attori della filiera, poiché è proprio attraverso il miglioramento della gestione e delle tecniche di allevamento che è possibile ridurre il numero di animali che, a fine carriera, giungono in condizioni di grave precarietà fisica, e quindi, di probabile inidoneità al trasporto.

Questa attività formativa è ancora in corso nelle varie Regioni e, ad oggi, ha visto la formazione di oltre 12.000 allevatori. Inoltre, con il centro di riferimento è stato elaborato un *poster*, distribuito entro il 2012 agli allevatori per sensibilizzarli ulteriormente ed in maniera più immediata al problema delle "vacche a terra".

Con diverse note circolari emanate nel maggio 2009, nel marzo e nel luglio 2012, il Ministero ha richiamato ripetutamente i servizi veterinari ufficiali responsabili dei controlli alla macellazione a porre particolare attenzione alla valutazione sia del rispetto delle condizioni di trasportabilità previste dal regolamento (CE) n. 1/2005, sia della conformità e corrispondenza di quanto dichiarato nell'attestazione di idoneità al trasporto e nell'accertamento di eventuali responsabilità penali, in particolare a carico di veterinari che compilano in maniera infedele i certificati di idoneità al trasporto, o che omettono la verifica della correttezza dell'eventuale certificazione d'idoneità al trasporto, o altrimenti concorrono con i loro comportamenti al reato di maltrattamento di animali.

In merito alle attività di verifica e controllo, nell'aggiornamento del luglio 2010 del piano nazionale benessere animale, emanato dal Ministero nel 2008 per uniformare le modalità di esecuzione e la programmazione dei controlli, nella sezione relativa alla programmazione delle attività e di selezione degli allevamenti da sottoporre a controllo, è stato introdotto un nuovo criterio di valutazione del rischio, che comprende la formazione degli

allevatori in materia di benessere animale e tale criterio di rischio assume maggior peso nei casi in cui la formazione è prescritta in maniera esplicita dalla normativa vigente. Lo stesso piano è stato integrato con la programmazione minima dei controlli da effettuarsi anche per la verifica dell'attuazione della normativa vigente sulla protezione degli animali durante il trasporto e durante la macellazione, sempre sulla base di criteri di rischio che tengano conto di situazioni in cui vi è una più alta probabilità di riscontro di irregolarità.

Al fine di migliorare e pianificare tali attività di controllo, alla fine del 2011 è stato siglato e messo in atto un protocollo d'intesa tra i Ministeri della salute e dell'interno, finalizzato al coordinamento delle diverse autorità competenti (uffici veterinari per gli adempimenti comunitari, servizi veterinari delle ASL e polizia stradale) e quindi al miglioramento qualitativo dei controlli su strada dei veicoli che trasportano animali vivi, nonché alla necessità di presidiare con maggiore efficacia sia le direttrici della rete stradale nazionale, sulle quali si realizzano i maggiori volumi di traffico di animali vivi, sia quelle su cui è più alta la probabilità di riscontrare irregolarità nel trasporto di animali vivi.

Inoltre, questo Ministero, in collaborazione con la Federazione nazionale degli ordini dei veterinari (Fnovi), ha concordato l'attuazione, entro il 2012, di diverse azioni per affrontare con maggiore incisività le criticità riscontrate nei controlli dell'idoneità degli animali al trasporto.

Tali azioni comprendono: 1) la diffusione, già avvenuta, nei territorio nazionale a tutti gli interessati di linee guida per la valutazione dell'idoneità al trasporto di bovini adulti, prodotte dalla collaborazione tra la Federazione dei veterinari europei e diverse associazioni professionali e protezioniste; 2) la realizzazione di un percorso formativo a distanza per veterinari sull'applicazione del regolamento (CE) n. 1/2005, comprendente un modulo dedicato al rilievo ed alla gestione delle criticità riscontrate in allevamento ed al macello sull'idoneità degli animali al trasporto; 3) la sensibilizzazione degli ordini veterinari provinciali affinché mettano in atto tutte le necessarie azioni disciplinari verso gli iscritti.

Il Ministero ha, inoltre, incontrato nel maggio 2012 le Regioni più coinvolte in merito al problema del trasporto di animali inidonei; sono state intraprese, in via prioritaria, le seguenti azioni congiunte: 1) organizzare incontri (già iniziati in alcune Regioni), con gli ordini provinciali dei veterinari per una corretta formazione e informazione degli iscritti sullo specifico problema delle vacche a terra e per sensibilizzarli sulla mancata attuazione dei provvedimenti disciplinari nei confronti di coloro che si rendano responsabili di reati; 2) contribuire alla più ampia diffusione nel territorio delle linee guida e del *poster*; 3) produrre un modello unificato per facilitare le denunce di falso ideologico.

Queste azioni congiunte sono la testimonianza della volontà di arginare le pratiche gravemente lesive della sensibilità e del sentimento che coinvolge la maggior parte dell'opinione pubblica, sempre più attenta ai di-

ritti degli animali, ancor più se queste pratiche sono effettuate da chi professionalmente ha il dovere di assicurare il rispetto del benessere degli animali in quanto esseri senzienti.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

CARDINALE

(28 dicembre 2012)

AMORUSO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

il 24 marzo 2012 una donna è deceduta e altre due sono state ricoverate con gravissimi sintomi all'ospedale di Barletta dopo aver subito le nefaste conseguenze dell'assunzione di un farmaco loro somministrato, in un ambulatorio della medesima città, in vista dell'effettuazione di un esame medico;

le prime indagini hanno rivelato che le donne hanno assunto il sorbitolo, mentre è ancora da chiarire se si sia trattato di una partita alterata o contraffatta, considerato che è inoltre emerso come l'ambulatorio abbia acquistato il farmaco attraverso *Internet*;

inoltre è emerso come l'ambulatorio sia privo di tutte le necessarie autorizzazioni;

al di là delle responsabilità individuali in questa tragica vicenda che saranno stabilite dalla magistratura, quanto avvenuto a Barletta rappresenta un fatto di rilevanza nazionale in quanto è la cartina di tornasole di un fenomeno sempre più evidente: il *boom* del commercio elettronico di farmaci;

secondo l'AIFA (Agenzia italiana del farmaco) in tutto il mondo vi sarebbero circa 40.000 siti *Internet* che possono configurarsi, per la loro offerta, come vere e proprie farmacie *on line*, e ciò evidentemente pone seri dubbi e potenziali timori sulla sicurezza per la salute di chi se ne serve;

dopo il caso del sorbitolo, la stessa AIFA ha inoltre puntualizzato che, delle farmacie *on line*, appena lo 0,6 per cento è pienamente rispettoso delle leggi italiane in materia, un altro 2 per cento lo è quasi, mentre il restante il circa 97 per cento di esse è illegale;

l'attualità e l'urgenza del tema della sicurezza nella vendita *on line* di farmaci è confermata dal fatto che è stata approvata la direttiva 2011/62/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'8 giugno 2011 (che modifica la direttiva 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale),

si chiede di sapere:

quali iniziative di competenza il Ministro in indirizzo ritenga di assumere in merito alla questione della vendita *on line* di farmaci;

se intenda attivarsi, per gli aspetti di propria competenza, in sede di definizione del prossimo disegno di legge comunitaria, per promuovere il recepimento della direttiva 2011/62/UE, così da contribuire a rendere cogente la disciplina italiana in materia;

se sia attuabile, da parte del Governo, l'avvio di una consultazione in sede europea per valutare, d'intesa con gli Stati membri, nuove e ancor più incisive misure volte in particolare al tema della prevenzione rispetto al fenomeno della vendita *on line*, che avviene fuori da regole e controlli di sicurezza, dei farmaci;

in relazione all'altro gravissimo fatto emerso a Barletta, cioè l'esercizio da parte di un ambulatorio privo delle necessarie autorizzazioni, quali iniziative il Governo stia assumendo o intenda assumere attraverso la sua azione di coordinamento e in sintonia con l'azione portata avanti sui territori, in termini di ispezioni e controlli, da parte dei Nuclei antisofisticazioni e sanità (NAS) dei Carabinieri e delle Aziende sanitarie locali.

(4-07167)

(27 marzo 2012)

RISPOSTA. - Si risponde preliminarmente sulla base degli elementi acquisiti presso l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

Essa dedica da tempo particolare attenzione al problema della contraffazione farmaceutica, anche riferito alle farmacie *online* illegali, che spesso sono responsabili della diffusione di prodotti contraffatti, non fabbricati in conformità alle norme GMP (*good manufacturing practices*) riconosciute a livello mondiale.

I risultati ottenuti fino ad oggi hanno permesso di tenere sotto controllo il mercato nazionale e, inoltre, l'Italia è considerata tra i Paesi guida nella lotta alla contraffazione farmaceutica, come è testimoniato, tra l'altro, dal ruolo di coordinamento o presidenza ricoperto dall'Aifa nei principali gruppi di lavoro internazionali che si occupano del contrasto al fenomeno, come quelli che hanno contribuito allo sviluppo di due recenti strumenti normativi: la direttiva 2011/62/UE, che introduce modifiche in chiave anti-contraffattiva al codice farmaceutico europeo e la convenzione MediCrime del Consiglio d'Europa che introduce norme di diritto penale applicabili nei casi di falsificazione di prodotti sanitari.

Nello specifico, sebbene non sia possibile impedire, sistematicamente, il ricorso da parte dei pazienti a canali di approvvigionamento illeciti, sono state predisposte attività continuative di investigazione, informazione al pubblico e formazione degli operatori che hanno permesso di ridurre la

portata del fenomeno e di procedere, altresì, a sequestri di farmaci illegali e alla chiusura di siti *Internet* dediti a questo commercio pericoloso.

In generale, l'attenzione dedicata al fenomeno della contraffazione è testimoniata dall'istituzione, con determinazione Aifa del 2007, della *task force* nazionale Impact Italia, della quale fanno parte, oltre all'Agenzia stessa, anche questo Ministero, il comando carabinieri per la tutela della salute-NAS, l'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia delle dogane, il Ministero dello sviluppo economico e il Ministero dell'interno attraverso la polizia criminale. La struttura della *task force* consente inoltre la partecipazione, per progetti mirati, anche di attori privati del settore e di associazioni non direttamente coinvolte.

Impact Italia ha promosso e promuove tuttora una serie di iniziative divulgative di formazione e informazione, finalizzate a contrastare il fenomeno.

Con riferimento al legame esistente tra *Internet* e la contraffazione farmaceutica, è opportuno sottolineare che, attualmente, la legislazione italiana vieta ogni possibile forma di compravendita di farmaci *online*. Si richiama, in tal senso, l'art. 122 del testo unico delle leggi sanitarie di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, il quale stabilisce che "la vendita al pubblico di medicinali a dose o forma di medicamento non è permessa che ai farmacisti e deve essere effettuata nella farmacia sono la responsabilità del titolare della medesima". Pertanto, per poter acquistare un farmaco, la vendita deve essere effettuata da parte di un farmacista e l'acquisto deve avvenire presso un esercizio individuato (la farmacia), sotto la responsabilità del suo titolare.

A completare il quadro, si aggiungono le previsioni contenute nell'art. 5 del decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 248 del 2006, recante interventi urgenti nel campo della distribuzione di farmaci, il quale dispone che gli esercizi commerciali di piccola, media e grande struttura (cosiddette parafarmacie) possono effettuare attività di vendita al pubblico dei farmaci da banco o di automedicazione e che la vendita deve essere effettuata nell'ambito di un apposito reparto, con l'assistenza di uno o più farmacisti abilitati all'esercizio della professione ed iscritti al relativo ordine.

La *ratio* di tali disposizioni si rinviene, sostanzialmente, nella necessità di fornire al cliente-paziente un'assistenza qualificata nell'acquisto del farmaco, come espressamente previsto in diverse disposizioni del decreto legislativo n. 219 del 2006 (art. 77 comma 1, lettera *d*), punto 8; art. 96, comma 2, e art. 121, comma 2).

L'esistenza di un quadro normativo comunque consolidato non è di per sé un deterrente sufficiente contro il ricorso dei pazienti italiani a farmacie *online* estere, e le attività di contrasto diretto ai siti illegali incontrano difficoltà anche in considerazione dei problemi connessi alla localizzazione territoriale dei siti *web* e, conseguentemente, della legislazione applicabile alle transazioni tramite questi operate (spesso il luogo di ubicazio-

ne del *server* non coincide con la sede legale del venditore) e dei vincoli che non consentono di effettuare controlli approfonditi sulle transazioni commerciali. Ciò rende di fatto possibile portare a termine l'acquisto di un farmaco *online*, sia dall'Europa che da Paesi terzi, ove la vendita potrebbe a tutti gli effetti essere legale.

Occorre, inoltre, rilevare che in Italia e in molti altri Paesi esiste una lacuna normativa in questo specifico settore rispetto alla legalizzazione delle farmacie *online* e alle conseguenti azioni per contrastare quelle non autorizzate: tra gli elementi che rendono complesse tali attività, vanno citati la "volatilità" delle farmacie *online* e l'assenza di confini precisi (un farmaco contraffatto è acquistato attraverso *Internet* da utenti di un determinato Paese, è prodotto in altri Paesi e transita attraverso altri Paesi ancora).

La difficoltà nel disciplinare tale situazione rimarca l'esigenza di un approccio mulusettoriale e cooperativo a livello internazionale.

Una soluzione a tale carenza sarà presto rappresentata, almeno in parte, dal recepimento, da parte degli Stati membri, delle modifiche apportate alla direttiva 2001/83/CE dalla successiva direttiva 2011/62/UE, che prevede una maggior regolamentazione delle farmacie *online*; l'Aifa ritiene che, in prima applicazione, le misure delineate nella nuova direttiva rappresentino già un apparato sufficiente alla regolazione del settore, che potrà essere reso più stringente una volta effettuata la valutazione dell'efficacia della stessa direttiva, che risulta prevista anche nell'atto normativo in questione.

Tra le iniziative promosse dall'Agenzia, si segnala un primo studio, finalizzato ad approfondire il fenomeno della vendita di medicinali attraverso *Internet*, realizzato nel 2007 in collaborazione tra Aifa e World health organization (WHO). I risultati emersi dagli acquisti di controllo, effettuati da siti precedentemente individuati, hanno confermato che, nella grande maggioranza dei casi, i farmaci venduti attraverso il *web* sono contraffatti. Gli esiti di tale studio hanno, inoltre, consentito di caratterizzare meglio il fenomeno emergente, portando alla luce le diverse tipologie di farmacie presenti su *Internet*.

Successivamente, sono stati sviluppati due ulteriori approfondimenti: il primo, realizzato dall'Aifa, in collaborazione con un'agenzia di *intelligence* informatica, finalizzato a caratterizzare ulteriormente il fenomeno delle farmacie *online*. Sulla base dei risultati conseguiti, è stato possibile delineare tre diverse tipologie di farmacie *online*, indicate come: a) legali, autorizzate e controllate; b) illegali, prive di autorizzazione e certificazione; c) false, dedicate alla mera truffa; il secondo, realizzato sempre dall'Aifa, in collaborazione con un'altra agenzia di *intelligence* informatica, mirato ad indagare le tecniche di promozione e diffusione di anabolizzanti e steroidi attraverso la rete dei *social network*.

È utile ricordare che, nonostante l'ampia diffusione del mercato elettronico, la propensione agli acquisti *online* da parte della popolazione italiana è inferiore rispetto a quella di altri Paesi.

Nel settembre 2010, l'Aifa, al fine di approfondire tale questione, ha realizzato in collaborazione con un istituto privato una ricerca, "L'acquisto on-line di farmaci in Italia: conoscenza, giudizi e diffusione", finalizzata a definire un quadro reale del problema.

Oltre alle attività sopra menzionate, sono state poste in essere dall'Agenzia le seguenti ulteriori iniziative: la campagna di informazione, realizzata a livello nazionale dalla *task force* Impact Italia, allo scopo di informare il pubblico sui rischi legati all'acquisto di farmaci attraverso *Internet*; la realizzazione di un volume interamente dedicato al fenomeno della contraffazione farmaceutica, disponibile in versione italiana e inglese; la gestione di eventi formativi *ad hoc* per gli operatori di forze di polizia e dogane che quotidianamente si confrontano con casi sospetti di contraffazione e/o importazione illegale.

Nel maggio 2011, l'Agenzia ha, inoltre, siglato un *memorandum* d'intesa con il servizio privato statunitense di verifica e controllo delle farmacie *online* "LegitScript", l'unico riconosciuto ufficialmente dalle federazioni dei farmacisti, al fine di definire degli approcci operativi *standard*. Tale collaborazione ha già dato, nel breve tempo, importanti risultati, come testimoniato dalla chiusura di una serie di siti illegali localizzati negli Stati Uniti, ma realizzati con pagine in italiano e destinati, chiaramente, a fornire il nostro mercato.

Inoltre, in data 26 marzo 2012, è stato pubblicato nel sito dell'Aifa il comunicato stampa n. 228, da cui emergono dati decisamente confortanti. Infatti, in Italia il fenomeno della contraffazione appare pressoché inesistente: la percentuale dei farmaci contraffatti presenti nel nostro mercato è pari allo 0,1 per cento, grazie principalmente al sistema di tracciabilità del farmaco, che consente il monitoraggio, attraverso il bollino a lettura ottica, di ogni singola confezione nonché alle attività di prevenzione e contrasto portate avanti, ormai da diversi anni, dalla *task force* Impact Italia.

Per quanto riguarda l'esercizio di attività sanitarie da parte di ambulatori privi della necessaria autorizzazione, come nel caso avvenuto a Barletta, l'Aifa osserva che l'autorizzazione, a norma dell'art. 43 della legge n. 833 del 1978, nonché del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, garantisce che le attività sanitarie si svolgano in condizione di piena sicurezza per chiunque utilizzi strutture sanitarie, da quelle più semplici, come taluni ambulatori medici, a quelle più complesse, come gli ospedali. Tutte le strutture sanitarie, comprese alcune categorie di studi professionali, devono essere soggette al regime di autorizzazione all'esercizio dell'attività. Relativamente ad alcune tipologie di strutture, in particolare per quelle che espletano attività di natura ospedaliera, la normativa richiede anche un'autorizzazione alla realizzazione della struttura, rilasciata dalla Regione.

I nuclei antisofisticazione e sanità (NAS) dei carabinieri effettuano costantemente accurati controlli volti alla sicurezza dei cittadini e al rispetto delle normative che governano il sistema sanitario nazionale.

Ai sensi dell'art. 1, lettera *a*), punto 2, del decreto legislativo n. 219 del 2006 e successive modifiche ed integrazioni, ogni sostanza somministrata all'uomo allo scopo di stabilire una diagnosi medica *in vivo* (che quindi viene introdotta nell'organismo) deve considerarsi prodotto medicinale; come tale, può essere preparata, al di fuori delle sperimentazioni cliniche, come medicinale industriale o come preparazione galenica magistrale o officinale.

Il sorbitolo da utilizzare per il *breath test* deve pertanto essere considerato come medicinale e in quanto tale rientra in una delle tipologie descritte.

Tutte le tipologie di prodotto medicinale sono sottoposte a specifici vincoli normativi, che ne prevedono la preparazione in una struttura autorizzata utilizzando ingredienti di purezza farmaceutica, secondo composizioni autorizzate dall'Aifa o conformi alla farmacopea.

La preparazione di un prodotto medicinale in una struttura non autorizzata è, quindi, da considerarsi come illegale ai sensi della normativa relativa ai medicinali industriali (decreto legislativo n. 219 del 2006), sperimentali (decreto legislativo n. 211 del 2003) e di quella relativa ai medicinali non industriali (regio decreto n. 1265 del 1934).

L'utilizzo di ingredienti di grado non farmaceutico (sorbitolo per alimenti) per la produzione di un medicinale (sorbitolo per *breath test*) e il mancato confezionamento secondo le normative vigenti rappresentano, nello specifico, un'ulteriore aggravante.

Il comando carabinieri per la tutela della salute ha, per quanto di propria competenza, comunicato che l'episodio in questione è stato oggetto di indagini delegate dalla Procura della Repubblica di Trani al commissariato di pubblica sicurezza di Barletta.

Il NAS di Bari è stato interessato dall'autorità giudiziaria all'esecuzione di attività ispettive che hanno comportato il sequestro dello studio medico di Barletta, risultato privo di autorizzazioni, e di numerosi medicinali scaduti di validità. Peraltro, gli accertamenti eseguiti dal NAS di Padova presso la ditta "Cargill" di Castelmassa (Rovigo), società produttrice del sorbitolo venduto *online*, hanno consentito di appurare che detto prodotto era stato posto in vendita in *Internet* dalla società inglese "Brenntag UK - Widness", dopo averlo acquistato dalla succursale britannica della "Cargill".

In proposito, il comando soggiunge che le analisi eseguite dall'ARPAV di Padova sul sorbitolo sequestrato presso l'azienda produttrice non hanno evidenziato alcuna criticità.

Sono in corso indagini dirette ad appurare le cause che hanno provocato la contaminazione della confezione di sorbitolo acquistata *online*, che conteneva nitrito di sodio in percentuale superiore al 70 per cento.

Il comando ha segnalato che nell'anno 2011 e nel corso del primo semestre 2012, sono stati complessivamente ispezionati 3.292 studi medici,

di cui 176 sono stati sottoposti a sequestro, poiché sprovvisti delle necessarie autorizzazioni.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(21 dicembre 2012)

ARMATO, VIMERCATI, FIORONI, ANDRIA, CARLONI, DE LUCA Vincenzo, MONGIELLO, LANNUTTI, CHIURAZZI, RUTELLI, ANTEZZA, GARAVAGLIA Mariapia, THALER AUSSERHOFER, DE SENA, CHIAROMONTE. - *Al Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport.* - Premesso che:

nel corso della XV Legislatura sono state più volte affrontate le problematiche relative al necessario rilancio del comparto turistico;

il turismo costituisce, infatti, un *asset* strategico dell'economia del Paese, in grado di contribuire realmente alla ripresa del nostro apparato economico produttivo italiano;

tuttavia esistono delle criticità che limitano le potenzialità di sviluppo del settore derivanti in particolare da un serio *deficit* infrastrutturale, una ridotta dimensione delle imprese, uno scarso livello di formazione degli addetti, un'inadeguata politica fiscale capace di agevolare operatori e offerta turistica, e soprattutto dalla mancanza di un serio piano nazionale;

sul tema la prima firmataria del presente atto di sindacato ispettivo ha presentato una precedente interrogazione, ad oggi senza risposta. Le questioni sollevate allora sono ancora attuali e attengono alla necessità di porre il turismo al centro delle politiche di sviluppo del nostro Paese. A tal fine è importante che venga predisposto al più presto un piano strategico nazionale capace di rilanciare la crescita e la competitività del turismo italiano anche a livello internazionale;

secondo lo studio emerso dal primo "Conto satellite del turismo" per l'Italia (CTS), progetto promosso dal Dipartimento per lo sviluppo e la competitività del turismo dell'Osservatorio nazionale del turismo, pubblicato a luglio 2012 con il compito di rappresentare un quadro coerente delle informazioni sulla domanda e l'offerta turistica, l'importanza del turismo per l'economia del Paese è ampiamente riconosciuta, in particolare il turismo apporterebbe un valore aggiunto all'economia nazionale;

secondo le stime del CTS il valore aggiunto prodotto in Italia dal turismo è stato pari, nel 2010, a 82.833 milioni di euro, il 6 per cento del valore aggiunto totale dell'economia. In Spagna il turismo ha un valore aggiunto del 6,5 per cento, dunque più vicino al valore stimato per l'Italia, mentre in altri grandi Paesi europei lo stesso è comunque inferiore a quello

italiano: il 4 per cento in Francia, il 3,8 nel Regno Unito, il 3,2 in Germania e il 5,4 per cento in Austria;

il maggiore contributo al VAT (valore aggiunto del turismo) dell'Italia deriva dalle industrie turistiche - cioè dalle attività economiche caratteristiche del turismo - che hanno generato un valore aggiunto di 63.654 milioni di euro, in particolare i settori dell'alloggio e della ristorazione, che insieme contribuiscono per il 54,3 per cento (di cui il 45,4 per cento è da imputare ai soli alloggi);

secondo il CTS la spesa interna dei turisti è pari a 79.705 milioni di euro. Di questi, 50.366 milioni derivano dalle spese per turismo domestico, ovvero quello degli italiani all'interno del Paese, e i restanti 29.338 euro dalle spese generate dall'*inbound*, ovvero il turismo degli stranieri in Italia. La spesa che incide maggiormente è, in entrambi i casi, quella relativa ai servizi ricettivi;

considerato che:

è necessario intervenire sul quadro normativo che appare gravemente lacunoso e frammentato, in quanto l'ultimo provvedimento adottato dal precedente Governo, il codice del turismo, si è rivelato, a giudizio degli interroganti, del tutto inadeguato a rispondere alle esigenze del settore;

sull'esempio della politica fiscale dei Paesi europei nostri più diretti competitori, sarebbe utile introdurre, anche in via sperimentale, un'aliquota IVA più favorevole, in modo da rendere le imprese italiane più competitive, prevedendo anche sgravi fiscali e incentivi;

sono indispensabili interventi infrastrutturali che rendano la nostra penisola facilmente accessibile, soprattutto per il Mezzogiorno e le isole i cui collegamenti dovrebbero essere più agevoli e meno costosi;

è indispensabile migliorare gli *standard* qualitativi delle strutture turistico-ricettive al fine di allineare la qualità del prodotto turistico italiano ai livelli di concorrenza internazionali;

sarebbe auspicabile, in materia di concessioni demaniali marittime, una diversa applicazione della direttiva servizi (direttiva 2006/123/CE) e pervenire al più presto ad una legge quadro nazionale in grado di regolamentare la materia in modo chiaro e definitivo;

al fine di promuovere efficacemente il turismo italiano all'estero, è utile che l'Agenzia nazionale per il turismo (Enit), principale organo di promozione dell'immagine italiana all'estero, sia dotata di risorse finanziarie adeguate e che sia definita una seria programmazione anche nell'ambito di un coordinamento con le Regioni e il Governo;

sempre al fine di garantire il finanziamento delle attività di promozione del *brand* Italia, sarebbe opportuno affidare a Enit l'attività di concessione dei visti turistici,

si chiede di sapere:

se il Governo ritenga che il turismo costituisca un *asset* strategico dell'economia del nostro Paese e quali misure ritenga di dover adottare per rilanciare questo settore a livello nazionale e internazionale;

se ritenga opportuno introdurre un'aliquota IVA più favorevole, sull'esempio di altri Paesi europei nostri diretti competitori, in modo da rendere le nostre imprese più competitive;

se non ritenga opportuno adottare iniziative normative che prevedano l'applicazione di detrazioni fiscali delle spese sostenute per la ristrutturazione delle imprese ricettive e per l'adeguamento statico, impiantistico, energetico e la riqualificazione funzionale delle strutture turistico-ricettive;

se non ritenga necessario un confronto con le istituzioni europee per una riformulazione delle scelte operate con la direttiva servizi nell'ambito del settore turistico-balneare;

se sia stata predisposta la legge quadro nazionale che, in coerenza con gli orientamenti approvati in Parlamento, disciplini la materia del turismo balneare in modo in modo chiaro e definitivo;

se ritenga utile, al fine di garantire la promozione del turismo italiano all'estero, che sia predisposta una seria programmazione delle attività dell'Agenzia nazionale per il turismo (Enit), anche nell'ambito di un coordinamento con le Regioni e il Governo;

se non ritenga necessario che a supporto delle attività dell'Enit siano previste maggiori e più adeguate risorse finanziarie, anche attraverso il sostegno regionale e statale e che in tal senso un contributo importante potrebbe derivare dall'affidamento all'Enit dell'attività di concessione dei visti turistici.

(4-08248)

(25 settembre 2012)

RISPOSTA. - Per la prima volta il Governo ha elaborato un piano strategico per il turismo con un lavoro che, già da molti mesi, vede impegnate risorse dedicate che hanno compiuto le più approfondite analisi sul compatto confrontandosi con tutti gli attori coinvolti.

Benché sia ormai patrimonio comune il concetto che il turismo è l'industria più importante per l'economia del nostro Paese, sia in termini di apporto finanziario che per numero di occupati, il settore non è mai stato inserito al centro delle strategie di sviluppo e di crescita del nostro Paese.

L'elaborazione di un piano strategico tende non solo a sistematizzare una serie di azioni che intervengono su più fronti per rafforzare il sistema turistico italiano, ma è soprattutto importante in sé, proprio perché condiviso con gran parte dei Ministri competenti per le materie che, diret-

tamente o indirettamente, influenzano l'andamento e le possibilità di sviluppo del settore.

Il piano, condiviso con le associazioni di categoria e con le Regioni, è basato su di un'analisi molto approfondita della situazione attuale e sulle previsioni per i futuri scenari del mercato internazionale, condividendo una serie di azioni prioritarie per lo sviluppo del sistema turistico del Paese.

In particolare, il piano strategico approfondisce i punti di forza e le criticità dell'offerta turistica italiana andando ad individuare gli aspetti sui quali è possibile intervenire immediatamente e quelle per le quali va iniziata un'azione strategica di sistema che consenta al Paese di rimanere competitivo sulla scena internazionale.

Tra le misure certamente previste c'è il nuovo assetto dell'Enit, la razionalizzazione della *governance*, l'individuazione degli interventi più urgenti legati al sistema dei trasporti e delle infrastrutture, nonché azioni volte alla semplificazione delle procedure per favorire l'afflusso di nuovi investimenti, anche esteri.

Il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport

GNUDI

(10 gennaio 2013)

AUGELLO. - *Al Ministro dell'interno.* - Premesso che:

le elezioni del 2011 per il rinnovo dell'amministrazione comunale di Ariccia (Roma) sono state annullate da una sentenza del TAR del Lazio ed è stato nominato il commissario prefettizio che rimarrà in carica, laddove la sentenza del TAR del Lazio venisse confermata dal Consiglio di Stato, fino a maggio 2013;

l'interrogante è a conoscenza di un'iniziativa politica del tutto irri-
tuale, nella quale si lascia intendere che il TAR del Lazio abbia in questo modo pregiudicato la sovranità popolare, giacché il ricorso sarebbe fondato su questioni meramente formali e in parte infondate;

tale iniziativa politica si spinge fino a denunciare nell'eventuale conferma della sentenza da parte del Consiglio di Stato un pericolo per la sovranità popolare e la democrazia, dando luogo, a giudizio dell'interrogante, ad un goffo quanto disperato tentativo di condizionamento dell'imminente pronunciamento del Consiglio stesso;

risulta invece all'interrogante che i motivi posti a fondamento del ricorso non siano irregolarità formali bensì diversi episodi di assoluta gravità: dalla scomparsa di schede elettorali, all'accompagnamento al voto di persone prive del prescritto certificato medico da parte di un medesimo sogget-

to in contrasto con le vigenti disposizioni di legge, oltre ad altre vicende legate a schede portate via da singoli elettori o in vario modo manomesse,

si chiede di sapere quali iniziative di propria competenza il Ministro in indirizzo intenda assumere per approfondire i fatti che hanno determinato l'annullamento delle elezioni comunali di Ariccia da parte del Tar, al fine di ricondurre tanto il danno subito sul piano erariale dall'amministrazione, quanto eventuali risvolti penali, alle persone che devono assumersene l'effettiva responsabilità.

(4-07933)

(11 luglio 2012)

PEDICA. - Ai Ministri dell'interno e della giustizia. - Premesso che:

le elezioni del 2011 per il rinnovo dell'amministrazione comunale di Ariccia (Roma) sono state annullate da una sentenza del TAR del Lazio, così vanificando la volontà espressa da circa 11.000 cittadini votanti;

secondo quanto riferito all'interrogante la sentenza del TAR, sulla base di alcune irregolarità formali, avrebbe azzerato l'amministrazione del Comune di Ariccia senza che, in realtà, sia stato accertato alcun broglio elettorale, né nelle operazioni di voto né in quelle di scrutinio;

è stato nominato il commissario prefettizio che rimarrà in carica, laddove la sentenza del TAR del Lazio venisse confermata dal Consiglio di Stato, fino a maggio 2013, con ulteriore mortificazione della volontà espressa dalla maggioranza dei cittadini di Ariccia nel corso delle elezioni del maggio 2011;

in particolare un'irregolarità è stata determinata dal mancato ritrovamento della nomina di un presidente di seggio che, sempre secondo quanto riferito all'interrogante, sarebbe attualmente oggetto di un'inchiesta da parte della magistratura penale;

dalla presente fattispecie concreta emerge una problematica rilevante e di carattere generale che, ad avviso dell'interrogante, merita di essere esaminata;

è infatti evidente che se l'assenza di un documento presso la casa comunale, come nel caso di specie, può essere causa di annullamento delle elezioni, tale stratagemma potrebbe astrattamente essere, in futuro, utilizzato da qualsiasi partito o fazione politica, al solo fine di far annullare le elezioni nelle quali si è visto soccombente;

ad avviso dell'interrogante se la sentenza del Tar venisse confermata dal Consiglio di Stato si verrebbe a creare un pericoloso precedente in una materia, quale quella elettorale, di fondamentale importanza per la vita democratica del Paese,

si chiede di sapere:

se il Governo sia a conoscenza dei fatti esposti;

se e con quali provvedimenti di competenza intenda intervenire per impedire che irregolarità come quella esposta in premessa possano determinare l'annullamento delle elezioni in spregio della volontà popolare.

(4-07784)

(26 giugno 2012)

RISPOSTA.^(*) - Con sentenza del Tar Lazio dell'8 marzo 2012, sono state annullate le operazioni elettorali del maggio 2011 per l'elezione del Sindaco e del Consiglio comunale di Ariccia (Roma).

Al riguardo il giudice amministrativo ha, tra l'altro, rilevato che l'attività svolta dal Presidente del seggio n. 15 (sia nel primo turno, sia nel turno di ballottaggio) "deve essere considerata come attività viziata da nullità, essendo stata posta in essere da un soggetto da ritenersi privo del necessario titolo di legittimazione e quindi in situazione di assoluta carenza di potere; nullità la quale — data l'evidente natura di collegio perfetto che riveste l'Ufficio elettorale — è tale da invalidare tutta l'attività della sezione". Ciò in quanto non è stata rinvenuta, in sede di verifica, alcuna documentazione atta a provare l'esistenza dell'originario provvedimento di nomina dello stesso Presidente da parte della Corte di appello di Roma o di delega da parte del Sindaco di Ariccia.

Né è stato ritenuto utile dall'organo giudicante il provvedimento di convalida della medesima nomina, adottato successivamente dal Sindaco di Ariccia. Infatti, sempre secondo il ragionamento del giudice amministrativo, anche quest'ultimo atto deve ritenersi nullo ai sensi dell'articolo 21-septies della legge n. 241 del 1990, per mancanza dell'atto da convalidare e, come tale, inidoneo a sanare la rilevata nullità dell'attività svolta dal Presidente di seggio.

Posto che il TAR Lazio non ha ritenuto semplice irregolarità la mancata acquisizione in atti del documento, non si ritiene possibile, per quanto di competenza del Ministero, intervenire in materia tenuto conto, in proposito, che l'articolo 130 del decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104 (codice del processo amministrativo) affida esclusivamente agli organi della giustizia amministrativa il contenzioso sulle operazioni elettorali.

Del resto, la previsione legislativa di eventuali sanatorie alla mancanza di atti afferenti alla procedura elettorale si porrebbe inevitabilmente in contrasto con l'interesse superiore al corretto e sereno svolgimento dell'espressione del diritto di voto.

^(*) Testo, sempre identico, inviato dal Governo in risposta alle due interrogazioni sopra riportate.

Nelle more, quindi, di diverse decisioni DELL'AUTORITÀ giudiziaria, permane la gestione commissariale dell'ente.

Il Sottosegretario di Stato per l'interno

RUPERTO

(10 gennaio 2013)

BAIO, GARAVAGLIA Mariapia, D'AMBROSIO LETTIERI, THALER AUSSERHOFER, BOLDI, ARMATO, CASELLI, DI GIOVAN PAOLO, GRANAIOLA, MARINO Mauro Maria, MAZZUCONI, BONFRISCO. - *Ai Ministri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che:

i laureati podologi sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 666, ovvero: trattano direttamente, dopo un esame obiettivo del piede, con metodi incruenti, ortesici ed idromassoterapici, le callosità, le unghie ipertrofiche, deformi e incarnite, nonché il piede doloroso; prevengono e svolgono, su prescrizione medica, la medicazione delle ulcerazioni delle verruche del piede e comunque assistono, anche ai fini dell'educazione sanitaria, i soggetti portatori di malattie a rischio; individuano e segnalano al medico le sospette condizioni patologiche che richiedono un approfondimento diagnostico o un intervallo terapeutico;

i laureati podologi sono dotati di un'adeguata preparazione nelle discipline di base, tale da consentire loro la migliore comprensione dei più rilevanti elementi che sono alla base dei processi patologici su cui si focalizza il loro intervento riabilitativo e/o terapeutico in età evolutiva, adulta e geriatrica;

il Gruppo Multimedita della Regione Lombardia ha organizzato per il 17 marzo 2012 un corso rivolto agli infermieri concernente la cura della complicità del piede diabetico;

la professione infermieristica non include tra le proprie competenze il trattamento e l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche per la cura del piede diabetico né tanto meno la realizzazione di ortesi plantari;

tale iniziativa formativa rientra nel sistema di accreditamento ECM che dovrebbe garantire al cittadino l'aggiornamento delle professioni sanitarie;

considerato che:

nel Paese sono oltre 1.200 i laureati in podologia di cui circa 130 operanti nella Regione Lombardia;

dopo il percorso universitario, sono tutti tenuti ad un severo tirocinio e molti di loro conseguono *master* di specializzazione proprio sul piede diabetico;

secondo i dati del Ministero della salute, la Lombardia è la Regione dove si verifica il maggior numero di amputazioni: nel 2009 sono state registrate ben 1.605 amputazioni, con 25.884 giornate di degenza;

come dimostrato da un noto studio americano, l'impiego del podologo sul territorio garantisce, soprattutto attraverso la prevenzione e l'educazione sanitaria del paziente, una riduzione del numero delle amputazioni di circa il 60 per cento e dei ricoveri ospedalieri di circa il 24 per cento;

l'ordinamento non prevede la podologia fra le discipline riconosciute dal Servizio sanitario nazionale,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo non ritengano che l'iniziativa formativa di cui in premessa diretta ad insegnare agli infermieri ciò che in realtà, secondo il profilo professionale, sarebbe di esclusiva competenza del podologo, sia fortemente penalizzante per una professione sanitaria altamente qualificata come quella dei podologi;

se non si ritenga opportuno strutturare un protocollo assistenziale terapeutico che comprenda necessariamente l'impiego attivo e continuo del podologo in regime ospedaliero oppure creando sul territorio una capillare rete di assistenza al fine di favorire l'occupazione di numerosi giovani che si sono specializzati proprio sul piede diabetico e, di conseguenza, evitare il dispendio di finanziamenti pubblici per formare nuove risorse;

quali iniziative di rispettiva competenza intendano intraprendere al fine di colmare questa lacuna normativa con l'inserimento del servizio podologico tra le prestazioni previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

(4-07003)

(6 marzo 2012)

RISPOSTA. - Il piede diabetico è una patologia fortemente invalidante che, nei casi più gravi, porta all'amputazione non traumatica dell'arto inferiore, influenzando sulla qualità della vita del paziente e ha delle ricadute sociali ed economiche importanti.

La figura del podologo professionista sanitario, che per formazione specifica risulta essere il più qualificato per il trattamento della patologia, nei gruppi sanitari ospedalieri e territoriali è una risorsa aggiuntiva importante, che occorre incentivare.

Per quanto attiene ai corsi ECM, si concorda sull'opportunità di avviare i corsi che si riferiscano agli ambiti operativi di ogni singola professione sanitaria.

Nel caso specifico, tuttavia, si ritiene che la cura della complicanza del piede diabetico, oltre a riferirsi al contesto professionale del podologo, sia anche di interesse infermieristico, atteso che nelle unità operative delle strutture ospedaliere di endocrinologia e di diabetologia prestano servizio a pieno titolo gli infermieri.

Nel merito, per quanto riguarda la malattia diabetica, si osserva che, qualora nel Servizio di diabetologia sia stata individuata l'unità operativa di "prevenzione, diagnosi e riabilitazione del piede diabetico", il podologo, secondo la normativa vigente, svolge con titolarità ed autonomia professionale, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alla valutazione funzionale di specifiche problematiche sanitarie legate al piede.

Va comunque ricordato che il farsi carico dei pazienti con diabete e quindi a rischio di ulcere o con presenza di ulcera, è un'attività interdisciplinare complessa che dipende da un approccio coordinato all'interno del *team* nel quale l'obiettivo o gli obiettivi assistenziali, al cui raggiungimento cooperano tutte le figure professionali (medici, infermieri, dietisti, podologi, eccetera) vengono definiti dal gruppo professionale assieme al paziente.

Si osserva inoltre che nella riorganizzazione complessiva dell'area deputata alla assistenza diabetologica, molto utile sarebbe una migliore qualificazione della figura del podologo, attraverso una formazione mirata all'individuazione di fattori di rischio per la diagnosi di piede diabetico che favorirebbe da parte del medico un precoce intervento nella prevenzione della cosiddetta usura del piede.

Per quanto riguarda la figura del podologo nei livelli essenziali di assistenza si fa presente che attualmente il nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale elenca le prestazioni "specialistiche" erogate dai medici specialisti o sotto la loro diretta responsabilità. Questo comporta che sono incluse nel nomenclatore numerose prestazioni abitualmente fornite da operatori professionali non medici (dai fisioterapisti agli infermieri professionali, ai logopedisti, agli psicologi, ai podologi) ma il documento non evidenzia né segnala la specifica competenza di tali operatori nella loro erogazione.

Inoltre, in riferimento alle prestazioni di competenza dei podologi, il nomenclatore ne elenca numerose (dalle medicazioni di ferita al "curettage" dell'unghia, in particolare nel piede diabetico) ma, per quanto detto in precedenza, non include, ad esempio, la visita podologica. Ovviamente, a seguito di una prescrizione del medico di una delle prestazioni incluse nel nomenclatore, non vi è alcun ostacolo allo svolgimento da parte del podologo dei compiti di propria competenza per l'erogazione di dette prestazioni nell'ambito dell'ambulatorio specialistico, ospedaliero o territoriale.

Da ultimo, occorre precisare che la definizione di protocolli assistenziali e la creazione di una rete di assistenza per il piede diabetico, poiché

attengono agli aspetti organizzativi, sono di competenza rispettivamente delle società scientifiche e degli organi regionali.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(7 gennaio 2013)

BAIO, TOMASSINI, BOSONE, RIZZI, ASTORE, GUSTAVINO, BIANCONI, D'AMBROSIO LETTIERI, DE LILLO, CHIAROMONTE, GRANAIOLA, SACCOMANNO, BIONDELLI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

in data 2 luglio 2012 la Consip ha pubblicato il bando di gara per la fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi per le pubbliche amministrazioni, che individua due lotti: lotto 1 (Presidi per l'autocontrollo della glicemia) e lotto 2 (Presidi per l'autocontrollo della glicemia - Tecnologia avanzata);

la razionalizzazione della spesa imposta dalla situazione contingente richiede scelte di grande responsabilità sociale, in cui l'interesse generale al risparmio tenga conto anche di tematiche legate a particolari esigenze sanitarie;

è necessario adottare criteri di economicità nell'ambito dell'erogazione dei presidi, salvaguardando, però gli *standard* di riferimento internazionali per la qualità della diagnostica;

è necessario differenziare le tipologie di pazienti e fornire ad ognuno lo strumento adeguato. Secondo la fenotipizzazione elaborata da un gruppo di diabetologici, vi sono pazienti, professionalmente attivi, che utilizzano lo strumento prevalentemente al di fuori dell'ambiente domestico i quali, effettuando ripetuti controlli giornalieri, hanno bisogno di strumenti facilmente trasportabili e di piccole dimensioni; altri pienamente coinvolti nel *self management* e che necessitano di strumenti ad alta tecnologia con i quali interagire (associazione al dato di eventi, e di sport; identificazione dei *trend* ipo ed iper secondo il *pattern management*, eccetera); soggetti che utilizzano la telemedicina per il contatto con il *team*; pazienti che necessitano di strumenti *all-in-one*; persone in terapia con microinfusore e che necessitano di glucometro in grado di interagire via *bluetooth* o *wireless* con la pompa insulinica; altri ancora che necessitano di strumenti in grado di misurare glicemia e/o chetonemia. Vi sono, inoltre, pazienti che evidenziano una non aderenza al trattamento, altri in terapia insulinica multiiniezione in *burn-out* al calcolo dei carboidrati, o che devono essere introdotti al *CHO counting* e necessitano di suggeritore di boli e/o di supporto motivazionale, altri ancora in *burn-out* dalla compilazione del diario cartaceo, o con impossibili-

tà di compilazione dello stesso, che necessitano di strumenti in grado di offrire una presentazione strutturata del dato memorizzato; pazienti pediatriche che necessitano di strumenti ad altissima accuratezza, che consentano prelievi da siti alternativi e con minimi quantitativi di sangue capillare; persone anziane con bassa manualità e *deficit* visivo; soggetti che dipendono da terzi per la misurazione della glicemia; pazienti che necessitano di strumenti in grado di misurare glicemia e/o chetonemia ed altri che sono portatori di patologie potenzialmente trasmissibili;

come risulta dall'indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio sanitario nazionale ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili in corso di svolgimento presso la 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato e come risulta dal manifesto dei diritti della persona con diabete, l'autocontrollo glicemico è parte integrante della terapia;

come sostenuto dalle società scientifiche di diabetologia, la gara Consip presenta alcune criticità, in quanto il capitolato tecnico non definisce espressamente l'accuratezza e la precisione dei presidi, mentre sarebbe necessario un adeguamento tempestivo agli *standard* ISO DIS 15197:2011; il numero dei *kit* posto a base d'asta risulta esiguo; il disciplinare prevede la facoltà del diabetologo di scegliere presidi non previsti dalla convenzione Consip, senza fornire alcun prezzo di riferimento e non lasciando intendere quale sia il soggetto che debba provvedere al pagamento; il criterio di aggiudicazione dimostra una prevalenza dell'aspetto economico (70 per cento) su quello tecnico-qualitativo (30 per cento); le interferenze analitiche sono dichiarate ma non valutate; manca una prova di accuratezza e precisione; le valutazioni delle caratteristiche degli strumenti sono generiche e mancano quelle relative, ad esempio, alla praticità d'uso e alla visibilità; per garantire la libertà di scelta e non obbligare il paziente alla sostituzione del glucometro già in suo possesso, sarebbe opportuno definire un importo massimo di partenza, a cui possono adeguarsi più fornitori, assicurando l'adozione di differenti glucometri ad un prezzo uniforme su tutto il territorio nazionale; a garanzia di un'effettiva qualità è necessario procedere a periodici controlli a campione e prevedere l'istituzione di un'agenzia indipendente deputata allo svolgimento di tali attività,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non reputa necessario ed opportuno, alla luce delle conseguenze connesse alla gara Consip, provvedere ad individuare un prezzo unico di riferimento a livello nazionale per le diverse tipologie di presidi per la rilevazione della glicemia, per garantire risparmi certi ed efficaci della spesa, ma, al tempo stesso, salvaguardare la qualità effettiva dei riflettometri e la libertà di scelta dei diabetici e dei diabetologi, alla luce anche delle tipologie di pazienti;

quali misure di competenza intenda adottare al fine di sospendere la gara Consip, tenuto conto che la scadenza per la presentazione delle offer-

te è il 24 settembre 2012, così da far decorrere dal 1° ottobre l'applicazione di un prezzo unico, che garantisca la qualità dei presidi e la libertà di scelta;

se intenda sollecitare la commissione per i *medical device*, istituita presso il Ministero, ad individuare e a classificare i dispositivi medici secondo le specifiche caratteristiche tecnologiche e scientifiche.

(4-07908)

(10 luglio 2012)

RISPOSTA. - L'art. 1, comma 449, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria per il 2007), modificato dal comma 1 dell'art. 7 del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 luglio 2012, n. 94, impone l'obbligo di ricorrere alle convenzioni quadro stipulate dalla stazione appaltante Consip SpA.

Il modello di gara è stato sottoposto al Ministero e ad un ampio e costruttivo esame dall'Autorità garante, concluso con una richiesta formale di parere che l'Autorità ha rilasciato con esito positivo.

Si è convenuto che l'evoluzione tecnologica (dal 2003 ad oggi) potesse giustificare una segmentazione della procedura di gara in due fasce di prodotti.

Pertanto, la gara per la fornitura di presidi per l'autocontrollo della glicemia e dei servizi connessi per la pubblica amministrazione è stata strutturata in due lotti e prevede, ai fini dell'ammissibilità, requisiti tecnici obbligatori specifici per ogni lotto. Essi individuano prestazioni analitico-diagnostiche tali da garantire la qualità dei presidi e l'adeguato controllo degli andamenti glicemici nell'ambito dell'automonitoraggio.

Per entrambi i lotti sono anche previste ulteriori caratteristiche alle quali viene attribuito un punteggio predefinito, ossia senza discrezionalità da parte della commissione di gara. Tali caratteristiche mirano a premiare le migliori prestazioni in termini, ad esempio, di minore durata di esecuzione del *test*, minor volume del campione ematico necessario per l'esecuzione del *test*, calibrazione automatica.

Nello specifico del secondo lotto, caratterizzato da un livello tecnologico più evoluto e "performante", vengono premiate ulteriori caratteristiche, come la possibilità di marcatura pre e *post* prandiale degli esami ed il calcolo delle medie glicemiche su intervalli di tempo più ampi.

La scelta dei *kit* più adeguati ai pazienti, da acquisire su uno dei due lotti, rimane di competenza medica ed autorizzativa delle amministrazioni.

Inoltre nel disciplinare di gara, all'art. 2, si individua la facoltà delle pubbliche amministrazioni di aderire alla convenzione, ma "ferma restando la responsabilità del medico prescrittore/team diabetologico di sce-

gliere con appropriatezza i presidi più adatti a favorire l'aderenza alla terapia da parte del singolo paziente, anche nell'eventualità che questa esigenza trovi riscontro al di fuori della Convenzione che Consip andrà a stipulare con l'aggiudicatario di ciascun singolo lotto".

Pertanto, laddove la singola terapia implichi l'utilizzo di un glucometro le cui caratteristiche non si conciliano con i dispositivi che formano l'oggetto della convenzione, è pacifica la facoltà di procedere ad una fornitura che esuli da essa, utilizzando prodotti acquistati al di fuori della convenzione.

La procedura aperta indetta da Consip SpA non ha provocato alcuna lesione del principio di libertà di cura.

Il risparmio derivante dall'acquisto tramite convenzione è riferito ai soli prodotti dalle caratteristiche coincidenti con quelli oggetto della convenzione medesima.

Per quanto concerne l'eccessiva penalizzazione del criterio qualitativo su quello economico in sede di valutazione delle offerte, occorre ricordare che l'incidenza del 30 per cento dell'aspetto tecnico-qualitativo non appare penalizzante, in quanto si tratta di dispositivi che per l'immissione in commercio devono essere conformi alla normativa comunitaria e dunque già offrono ampie garanzie di affidabilità.

In particolare, i 30 punti tecnici vengono attribuiti esclusivamente in presenza di ulteriori caratteristiche che contribuiscano a definire un più ampio livello qualitativo dei prodotti, rispetto ai requisiti tecnici obbligatori atti a garantire la qualità dei presidi e l'adeguato controllo degli andamenti glicemici.

In merito alla lamentata esiguità del quantitativo di dispositivi posto a base della gara, si premette che non viene scalfita la libertà di scelta della cura, tenuto conto che, una volta esaurita la convenzione, è possibile procedere *tamquam non esset* e che la durata della stessa non è eccessivamente lunga (un anno prorogabile una sola volta).

Pertanto, il numero di *kit* complessivamente previsto in gara (164.000) è stato individuato con riferimento alla copertura di tutti i possibili nuovi casi che possano essere diagnosticati in Italia nell'arco della durata massima della convenzione (circa 90.000 nuovi pazienti come da stime sulla base dei dati Istat degli ultimi 8 anni, con autocontrollo prescritto a circa il 6 del totale), oltre alla possibilità di sostituzione anche di *kit* già distribuiti ai pazienti per eventuali guasti, malfunzionamenti, eccetera. Il massimale definito permette anche alle Regioni che hanno un accordo con Federfarma di approvvigionarsi sulla convenzione.

In qualsiasi caso in cui sia presente una convenzione Consip attiva, resta ferma la responsabilità delle amministrazioni nell'individuare il prodotto idoneo al soddisfacimento dei propri fabbisogni. Nel caso dei presidi per l'autocontrollo della glicemia, l'indicazione dell'appropriatezza del

dispositivo ai bisogni del paziente è di competenza medica, ferme restando le modalità e i soggetti deputati al pagamento.

L'indicazione delle interferenze analitiche relative a zuccheri diversi dal glucosio e/o a farmaci è stata richiesta a corredo delle informazioni tecnico-analitiche del sistema diagnostico che risulterà aggiudicatario del singolo lotto, proprio al fine di fornire le necessarie informazioni utili alla valutazione di idoneità del dispositivo da parte di medici e amministrazioni. Peraltro, su tale aspetto non esiste alcuna normativa di riferimento.

Le caratteristiche tecniche premiate in gara sono definite sulla base di criteri oggettivi, e non soggettivi e altamente discrezionali, come ad esempio la "praticità d'uso" e la "visibilità".

Per quanto riguarda l'accuratezza e la precisione dei presidi, si segnala che nell'ambito del quadro normativo europeo definito dalle direttive per la commercializzazione dei dispositivi medico-diagnostici *in vitro*, tra i quali rientrano i dispositivi per il controllo della glicemia nel sangue, la normativa di riferimento (direttiva 98/79/CE, recepita in Italia con decreto legislativo n. 332 del 2000), richiede come necessario il possesso della marcatura CE a dimostrazione della conformità dei dispositivi ai requisiti essenziali di sicurezza e accuratezza previsti.

Per ottenere la marcatura CE, i fabbricanti fanno riferimento alla norma UNI EN 150 15197:2003, "Sistemi di dosaggio dei diagnostici in vitro — Requisiti per i sistemi auto-diagnostici di monitoraggio della glicemia nel trattamento del diabete mellito", come confermato dall'indagine di mercato svolta presso le aziende del settore nelle fasi preparatorie della gara.

Per quanto riguarda gli *standard* previsti dalla ISO DIS 15197:2011, occorre evidenziare che essi sono in fase di Draft (DIS, difatti, è l'acronimo di Draft international standard) e devono essere sottoposti dagli organismi deputati ad alcuni passaggi necessari prima dell'approvazione finale. Pertanto la gara non poteva in alcun modo farvi riferimento.

Fermo restando quanto sopra, per quanto concerne eventuali, ulteriori elementi a prova dei valori di accuratezza e precisione, si fa presente che essi potrebbero essere ottenuti in sede di gara attraverso la produzione di rapporti di prova effettuati presso laboratori terzi accreditati, affinché possano rivestire carattere di incontestabilità anche in sede di un eventuale giudizio.

Tuttavia, l'approfondimento condotto a tal fine dalla Consip con la collaborazione di Accredia (ente unico nazionale di accreditamento) ha evidenziato l'assenza in Italia di laboratori accreditati al rilascio di rapporti di prova sugli *standard* previsti dalla norma ISO 15197:2003, né sono stati segnalati laboratori accreditati nel resto d'Europa.

In merito alla previsione di periodici controlli a campione, si precisa che la Consip ha previsto, come avviene in tutte le convenzioni aggiudicate, un meccanismo di controllo a campione sulla conformità dei prodotti

consegnati alle amministrazioni, rispetto alle caratteristiche degli stessi dispositivi dichiarate in fase di partecipazione alla gara.

Per quanto concerne l'ipotesi di un prezzo unico di riferimento a livello nazionale, giova ricordare che dalle modifiche previste all'art. 17 del decreto legge del 6 luglio 2012, n. 95 (*"spending review"*), convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2012, n. 111, emerge che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) avrà, dal 1° gennaio 2013, la competenza per individuare i dispositivi medici per i quali l'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture dovrà fissare i prezzi di riferimento. L'individuazione dovrà avvenire secondo criteri relativi a parametri di qualità, *standard* tecnologico, sicurezza ed efficacia, stabiliti da un decreto interministeriale (Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze); in virtù del decreto e della sua applicazione da parte dell'Agenas, l'Osservatorio potrà determinare un prezzo di riferimento per i glucometri.

Sulla base delle considerazioni sviluppate, pertanto, per quanto di competenza del Ministero, non risultano motivi significativi per sospendere l'attuale procedura di gara. Data l'ampia gamma di dispositivi per la rilevazione della glicemia, non si ravvisano motivi ostativi (nemmeno determinati dall'attuale procedura di gara in corso) per richiedere alla commissione unica sui dispositivi medici di espandere la voce attualmente esistente "apparecchiatura per glicemia" dal codice CND "W0201060102".

In sede di adozione del decreto interministeriale, sarà possibile fissare i criteri che consentano all'Agenas di individuare, tra i dispositivi oggetto di determinazione del prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, anche i dispositivi per la misurazione della glicemia.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(21 dicembre 2012)

BALBONI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

da alcuni anni il professor Paolo Zamboni, direttore del centro malattie vascolari dell'Università di Ferrara, ed il suo gruppo di ricerca hanno avviato studi nel campo della eziopatogenesi e trattamento della sclerosi multipla (SM) concentrandosi in particolare sull'associazione con l'insufficienza venosa cerebro-spinale (CCSVI);

a quanto risulta all'interrogante con PG. 2010. 0189437 del 23 luglio 2010, l'Assessorato alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna sosteneva che: "Questa Regione ha già da tempo attivato un'azione di fattivo sostegno all'attività di ricerca del professor Paolo Zamboni, in

particolare per rendere rapidamente possibili le ulteriori ricerche cliniche necessarie a valutare l'efficacia clinica del trattamento da quest'ultimo proposto. Sin dal marzo 2010 è stato insediato presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale un gruppo tecnico-scientifico con il mandato di elaborare il protocollo di una sperimentazione clinica finalizzata a quel tipo di valutazione. Le attività di questo gruppo, concluse in data 20 luglio 2010, sono state pubblicate e costantemente rendicontate con nota del 7 luglio 2010 e con ulteriore comunicato stampa dell'Assessorato Politiche per la salute del 1 luglio 2010";

nel comunicato stampa del 1° luglio 2010 l'Assessorato dichiarava che la sperimentazione, sottoposta ai comitati enti locali, entrava nella sua fase operativa";

in data 4 dicembre 2011 è stata trasmessa l'inchiesta denuncia di "Report" sulla vicenda del professor Zamboni in cui, con una serie di testimonianze, si evidenzia come la sperimentazione sia tuttora ferma a dispetto delle stesse dichiarazioni dell'Assessorato;

nel corso della trasmissione si registra la testimonianza riportata dal radiologo interventista e chirurgo vascolare delle cliniche private Sansavini di Reggio Emilia, dove sono già stati effettuati circa 800 interventi seguendo la terapia del professor Zamboni;

quindi, privati pagano di fatto interventi ancora in fase di sperimentazione;

sempre nel corso della trasmissione è stata riportata anche la testimonianza del direttore dell'Agenzia sanitaria Emilia-Romagna, Roberto Grilli, che afferma di non esserne a conoscenza;

in Italia si stimano circa 60.000 ammalati di SM, di cui 4.000 in Emilia-Romagna, e che ogni intervento in clinica privata costa circa 5.000 euro;

la sperimentazione pubblica della terapia del professor Zamboni prevede l'intervento su 700 pazienti, da svolgersi in 16 centri sparsi su tutta la penisola, per un costo complessivo di circa 2.500.000 euro;

quindi, di fatto, gli interventi in cliniche private superano già oggi numericamente quelli che si sarebbero dovuti fare nel corso di tutta la sperimentazione pubblica, con incassi evidentemente ben superiori al costo pubblico da sostenere;

intanto, all'estero, come in Canada, si è già deciso di finanziare una sperimentazione analoga;

l'Associazione dei malati di SM (che ha 150 sedi e un bilancio di 32 milioni di euro) avrebbe dichiarato una disponibilità al finanziamento della sperimentazione del professor Zamboni, finanziamento che non si sarebbe ancora concretizzato in attesa del parere del Comitato scientifico della Fondazione malati SM;

il Servizio sanitario regionale ha già reso disponibile un finanziamento di 160.000 euro, mentre diverse altre Regioni italiane ne hanno stanziati 500.000 ciascuna, e che quindi i fondi necessari alla sperimentazione sarebbero già disponibili con un semplice coordinamento tra le varie Regioni,

si chiede di sapere:

quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda assumere per sostenere ed accelerare la sperimentazione della terapia Zamboni;

se sia a conoscenza della collocazione del professor Zamboni e del suo gruppo di ricerca presso l'Università di Ferrara, all'interno del nuovo Ospedale di Cona (Ferrara), che, dopo le ventennali vicissitudini a tutti note, dovrebbe essere inaugurato entro il corrente anno;

se, vista la grande attenzione di livello internazionale che attira l'innovativa terapia contro la sclerosi multipla del professor Zamboni, una volta ottenuta l'evidenza scientifica per poter essere considerata nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), non si consideri l'opportunità di promuovere l'istituzione di un centro di eccellenza nazionale particolarmente qualificante proprio per il nuovo polo ospedaliero di Ferrara.

(4-06560)

(11 gennaio 2012)

RISPOSTA. - Il Ministero ha incaricato sin dal 2010 il Consiglio superiore di sanità (CSS) di approfondire la questione, ed ha seguito in ogni fase i lavori.

Le tappe fondamentali del lavoro effettuato dal CSS sono le seguenti:

è stato costituito un gruppo di lavoro sul tema, che ha individuato gli ambiti di approfondimento più significativi, sia in termini clinici che di ordine socio-sanitario per l'eventuale accesso alla cura; il gruppo ha quindi esaminato l'ipotesi medica di riconducibilità della sclerosi multipla (SM) a una condizione di insufficienza venosa cerebro-spinale cronica (CCSVI); ha individuato l'orientamento della comunità scientifica nazionale ed internazionale in merito a tale ipotesi e all'inquadramento nosologico e clinico-diagnostico della CCSVI come patologia a sé stante, con eventuale indicazione terapeutica di disostruzione della stenosi del sistema venoso extracranico qualora il quadro clinico lo giustifichi; ha valutato se procedere, allo stato attuale delle conoscenze e dei risultati disponibili, per verificare l'associazione tra CCSVI e SM, incentivando studi clinici multicentrici e multidisciplinari;

è stato audito il professor Zamboni, che ha dichiarato che il trattamento endovascolare della CCSVI nella SM è ancora prematuro;

è stato espresso un primo parere nella seduta dell'8 giugno 2010 in merito a "Nuova terapia endovascolare per la sclerosi multipla" e sono state condivise le considerazioni conclusive e le proposte del gruppo di lavoro. Facendo seguito all'audizione del professore e in considerazione del fatto che molti dati o presenti nella letteratura scientifica e accettati dalla comunità dei ricercatori non sono in accordo con l'ipotesi di correlazione tra CCSVI e SM, il CSS ha concluso che "ad oggi l'efficacia di qualsiasi procedura terapeutica vascolare non è sicuramente dimostrata ed è, quindi, da posporre all'acquisizione di dati scientifici che provino una sicura associazione tra CCSVI e SM";

sono state ascoltate in audizione, il 13 luglio 2010, le delegazioni delle principali associazioni di malati di SM;

sulla base dei lavori del CSS, il 27 ottobre 2010 il Ministero ha inviato agli assessori regionali per la sanità una nota nella quale, tra l'altro, era specificato quanto segue: «Si ritiene che, nel rispetto dei principi etici, deontologici e professionali che devono sempre guidare medici e scienziati verso scelte ponderate e responsabili a tutela dei malati, il trattamento "correttivo endovascolare" della CCSVI in pazienti con SM, già utilizzato da alcuni centri, possa continuare: a) in Centri accreditati a livello regionale per il trattamento delle patologie vascolari; b) con la garanzia di una procedura di accertamento diagnostico della presunta patologia effettuata nel rispetto di protocolli diagnostici appropriati e validati dalla comunità scientifica internazionale; c) ricorrendo alla procedura emodinamica correttiva solo in presenza di una patologia accertata che condizioni negativamente un fisiologico equilibrio emodinamico; d) effettuando la procedura emodinamica correttiva seguendo criteri e metodologie scientificamente codificati e condivisi; e) verificando rigorosamente i risultati terapeutici e funzionali con studi clinici controllati.

Si segnala che l'attuale sistema sanitario garantisce, in regime ospedaliero, sotto la responsabilità del medico, l'erogazione di terapie atte a diagnosticare, monitorare e, se indicato, correggere terapeuticamente anomalie dell'apparato vascolare artero-venoso giudicate patologiche. Allo scopo si può far riferimento, per la codifica della prestazione, al sistema di classificazione vigente ICD-)-CM codice 3950 angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i»;

il 19 gennaio 2011 sono state audite le società scientifiche competenti;

il 25 febbraio 2011 è stato espresso il parere relativo all'esistenza della CCSVI come entità nosologica; in esso, il CSS ha argomentato "che, ad oggi, la CCSVI non possa essere riconosciuta come entità nosologica; che, ad oggi, non sia dimostrata la sua correlazione epidemiologica con la SM e, pertanto, l'intervento di correzione vascolare non può essere indicato nei pazienti affetti da tale patologia; che sia necessaria, invece, un'indicazione clinica chiara e netta, indipendentemente dalla presenza o meno di SM, per l'erogazione di misure atte a diagnosticare, monitorare e

correggere anomalie dell'apparato vascolare venoso, qualora indicato, a causa di condizioni patologiche ad esse sicuramente riferibili". Il CSS ritiene, inoltre, necessario "che eventuali procedure di correzione di patologia venosa in pazienti con SM siano effettuate solo ed esclusivamente nell'ambito di studi clinici controllati e randomizzati, approvati da comitati etici, con un protocollo che preveda: una dichiarazione sul conflitto di interessi, le modalità di selezione o di esclusione dei pazienti, le indagini diagnostiche, le modalità metodologiche di esecuzione dei diversi esami e procedure, gli I primari e secondari, il monitoraggio degli eventi avversi, le modalità e la cadenza del *follow-up* ed infine le caratteristiche dell'analisi statistica";

inoltre, con la nota circolare prot. 18444 del 23 luglio 2012, trasmessa per conoscenza alla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo), il Ministero ha fornito indicazioni ai direttori generali degli assessorati per la sanità delle Regioni circa gli elementi conoscitivi e valutativi della correlazione tra SM e CCSVI. La circolare, confermando i contenuti del parere del CSS, ha fornito ulteriori indicazioni, sulla scorta del recente parere formulato dalla US Food and drug administration (FDA), sulla necessità di fornire una corretta informazione circa il trattamento della CCSVI ai pazienti con SM, alle loro famiglie, ai *caregiver*, ai neurologi, ai ricercatori, a tutte le altre figure di professionisti coinvolte nella cura della SM e ai comitati etici. In particolare, la nota ha ripreso il comunicato della FDA in cui si pone l'accento sulle insufficienti evidenze e sui conseguenti rischi di sicurezza ed efficacia connessi al trattamento in questione, elencando le raccomandazioni da fornire alle persone con SM.

Ad oggi, non sono emersi dati che indichino al CSS l'opportunità di una revisione dei pareri espressi in merito.

Pertanto, il Ministero ritiene che al momento attuale non possa essere garantita, da parte del Servizio sanitario nazionale, l'erogazione di una prestazione per la quale non vi sono sufficienti prove di efficacia, né si conosce la reale incidenza degli esiti, dei rischi e degli effetti collaterali.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(21 dicembre 2012)

BASSOLI, BIONDELLI, BOSONE, CHIAROMONTE, CHITI, COSENTINO, GRANAIOLO, MARINO Ignazio, ADAMO, AMATI, ANTEZZA, BAIO, CARLONI, DONAGGIO, FONTANA, FRANCO Vittoria, MONGIELLO, SERAFINI Anna Maria. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

per la campagna vaccinale pubblica contro il virus responsabile del tumore alla cervice uterina, sono stati stanziati, con l'art. 2, comma 372, della legge n. 244 del 2007 (legge finanziaria per il 2008), 30 milioni di euro come contributo aggiuntivo alle risorse già previste nell'ambito dei fondi per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre ulteriori 40 milioni di euro sono stati reperiti dai capitoli di bilancio del Ministero;

al fine di monitorare l'andamento della campagna e identificare tempestivamente eventuali aree di bassa copertura, il reparto di Epidemiologia di malattie infettive del Centro nazionale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute (CNESPOS), in collaborazione con il Gruppo sanità pubblica del Coordinamento interregionale della prevenzione, raccoglie semestralmente i dati di copertura vaccinale (CV) per regione, coorte di nascita e numero di dosi somministrate;

i dati sono aggiornati al 30 giugno 2011 ed evidenziano le situazioni regione per regione, per coorti di nascita (1997-1999), per numero di dosi somministrate;

la coorte di nascita 1997 è stata la prima ad essere invitata attivamente nella maggior parte delle regioni italiane nel corso del 2008. Fanno eccezione le Regioni Basilicata e Valle d'Aosta che hanno avviato la campagna nel 2007 invitando le nate nel 1995 e 1996;

per la coorte di nascita del 1997 risulta una copertura pari al 70 e 65 per cento per una e tre dosi di vaccino rispettivamente e l'adesione al programma di vaccinazione delle nate nel 1998 sembra essere in linea con la prima. Inoltre dal confronto dei dati sulla CV con almeno una dose di vaccino contro l'HPV delle coorti di nascita 1998 e 1999 emerge una situazione di sovrapposibilità a quelli della coorte 1997;

appare evidente come non si sia verificato l'incremento che sarebbe stato auspicabile con il protrarsi delle attività vaccinali, rimanendo lontano l'obiettivo di copertura vaccinale fissato dall'Intesa Stato-Regioni al 95 per cento entro 5 anni dall'avvio della vaccinazione;

il 2012 è l'anno del raggiungimento dell'obiettivo di copertura del 95 per cento nelle dodicenni per la vaccinazione anti-HPV;

al fine di identificare i fattori associati ad alte e basse coperture vaccinali e delineare le strategie "vincenti" per raggiungere una copertura ottimale, nel 2011 l'Istituto superiore di sanità ha avviato il progetto "Valore" a cui hanno aderito tutte le Regioni tranne una;

il progetto si propone di raccogliere le esperienze delle regioni e delle Aziende sanitarie locali in relazione agli aspetti organizzativi, logistici, comunicativi e sociali; indagare i motivi di mancata vaccinazione da parte delle ragazze; redigere un documento tecnico sul modo di condurre una campagna vaccinale che sia di supporto alle Regioni e alle ASL per il futuro con lo scopo di migliorare le coperture vaccinali e ridurre al minimo le disomogeneità territoriali,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno riferire circa le iniziative da intraprendere per rilanciare una forte e incisiva campagna vaccinale contro il virus HPV per far sì che venga mantenuto e raggiunto l'obiettivo di CV del 95 per cento nel 2012 come previsto dalla Conferenza Stato-Regioni;

se non ritenga importante rilanciare una campagna di informazione che raggiunga in modo capillare i genitori delle ragazze appartenenti alle coorti d'età interessate per favorire una maggiore conoscenza delle patologie sostenute da virus a trasmissione sessuale e dei benefici della vaccinazione;

quali iniziative intenda attuare per rilanciare la campagna vaccinale affinché essa continui anche nei prossimi anni;

se non ritenga opportuno riferire circa lo stato di attuazione del progetto "Valore", sulle motivazioni per cui una Regione non ha aderito allo stesso, sui suoi possibili futuri sviluppi.

(4-06891)

(21 febbraio 2012)

RISPOSTA. - Il Ministero avverte, in modo sempre più forte, la necessità di strategie vaccinali omogenee e comuni per garantire ai cittadini un uniforme diritto alla prevenzione vaccinale, e, conseguentemente, indurre l'effetto di contrasto proprio delle vaccinazioni.

L'attuale ripartizione di compiti tra lo Stato e le Regioni scaturita dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", prevede che lo Stato formuli i principi fondamentali in materia di strategie vaccinali, ma non intervenga sulle modalità di attuazione di principi ed obiettivi, perché ciò rientra nella competenza esclusiva delle Regioni; viene salvaguardata, in tal modo, la stretta interdipendenza tra Stato e Regioni.

Il Ministero, competente in tema di prevenzione delle malattie infettive e di strategie vaccinali, ha, insieme alle Regioni, il compito di governare la disponibilità degli strumenti di prevenzione, incluso il vaccino contro il papilloma virus (HPV), fornendo indirizzi coerenti ai servizi e agli operatori, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di garantire equità di accesso e parità di offerta attiva delle prestazioni sanitarie, inclusa la prevenzione primaria, a tutta la popolazione-*target* nazionale.

A tal fine, è stata stipulata un'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia (20 dicembre 2007), che ha previsto l'inserimento della vaccinazione contro il papilloma virus nel calendario vaccinale dell'età evolutiva. A partire dal 2008, quindi, questo vaccino viene offerto attivamente e gratuitamente dai servizi vacci-

nali su tutto il territorio nazionale alle dodicenni (ragazze che abbiano compiuto 11 anni di età dal 1° gennaio al 31 dicembre), a partire dalla coorte delle nate nel 1997, che nel 2008 erano nel 12° anno di vita.

La scelta di questo *target* di ragazze è stata unanimemente indicata come prioritaria: 1) per indurre la migliore risposta immunitaria al vaccino e precedere l'inizio dell'attività sessuale, garantendo così la massima efficacia della vaccinazione; 2) in quanto il programma vaccinale si rivolge a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo, il che può facilitare l'offerta attiva anche a gruppi a rischio di deprivazione sociale; 3) per favorire la comunicazione con e attraverso le famiglie; 4) per mantenere la vaccinazione nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni delle strutture del Servizio sanitario nazionale deputate all'erogazione delle vaccinazioni: una rete esistente, consolidata ed esperta di vaccinazioni, che può garantire un'equità di offerta di tale prestazione in tutto il Paese.

È stata lasciata piena autonomia alle Regioni e pubbliche amministrazioni circa la decisione e la modalità dell'offerta della vaccinazione alle adolescenti appartenenti ad altre coorti di nascita, oltre quella considerata prioritaria, gratuitamente o dietro pagamento del vaccino al costo sostenuto dalle ASL, comunque inferiore a quello imposto alle farmacie.

Tale strategia è stata affiancata dalla libera vendita, su prescrizione medica, del vaccino e, quindi, dalla possibilità, per ciascuna ragazza o donna (fino all'età per cui il vaccino è autorizzato), di vaccinarsi dietro indicazione e prescrizione del medico.

L'intesa del 20 dicembre 2007, oltre ad individuare gli obiettivi del programma vaccinale contro l'infezione da HPV, ha definito la strategia, le azioni, le figure coinvolte ed i ruoli. Queste indicazioni devono essere adattate da ogni singola Regione in base al proprio contesto specifico, per il conseguimento dell'obiettivo comune previsto dall'intesa del 2007, ovvero il raggiungimento di una copertura del 95 per cento, con 3 dosi di vaccino, entro i 5 anni dall'inizio del programma di vaccinazione, cioè per le ragazze nate nel 2001, che saranno invitate attivamente alla vaccinazione nel 2012 e la cui copertura sarà valutata al 31 dicembre 2013.

La disponibilità del vaccino anti HPV costituisce, oltre ad un'importante occasione di prevenzione individuale, soprattutto una rilevante opportunità per l'intera comunità.

D'altro canto, essa impone ponderate riflessioni per l'impegno operativo che comporta e presenta molteplici implicazioni per l'identificazione della migliore strategia, sia alla luce delle nuove evidenze disponibili, sia delle domande ancora senza risposta, ad oltre 3 anni dall'avvio di un programma nazionale di immunizzazione: la vaccinazione anti HPV ha come obiettivo il controllo della malattia e non la sua eliminazione; è necessario il raggiungimento di elevate percentuali di copertura per interrompere il meccanismo di trasmissione; essa è una vaccinazione raccomandata, con tutte le problematiche, in particolare di percezione dell'importanza e di accettazione da parte della popolazione, tipiche delle

vaccinazioni raccomandate; nell'approccio con le adolescenti, proprio di questo programma vaccinale, sono state incontrate le medesime barriere socioculturali e difficoltà organizzative dei servizi, che tradizionalmente gravano sulle vaccinazioni effettuate in questa fascia d'età (richiami vaccinali e vaccinazioni di "catch up"), responsabili del difficile raggiungimento delle coperture vaccinali auspicabili, ma anche del loro monitoraggio, al fine di valutare l'efficacia degli interventi, in un Paese in cui il sistema informatizzato delle anagrafi vaccinali, a fronte di sforzi ed investimenti consistenti, stenta ad arrivare a regime; l'impatto della vaccinazione sulla malattia prevenibile si osserverà dopo molti anni, il che introduce un elemento di atipia nella prevenzione primaria realizzata mediante vaccinazione; la durata della protezione immunitaria risulta essere di almeno 7 anni, ma si attendono i risultati di altri studi clinici riguardanti la durata della protezione per tempi più lunghi e, di conseguenza, l'eventuale necessità di dosi di richiamo; la disponibilità di uno strumento di prevenzione primaria contro una malattia che colpisce doppiamente la donna, in quanto malattia oncologica e poiché interessa l'apparato riproduttivo, rischia, se non preceduta ed accompagnata da una pianificazione meticolosa e da una informazione corretta, di produrre un'inappropriata aspettativa; è, inoltre, sempre presente il rischio di false attese su un possibile effetto allargato del vaccino: in particolare, che esso consenta di prevenire tutte le malattie sessualmente trasmesse (con conseguente errata percezione di inutilità di qualsiasi mezzo di protezione) o tutte le forme di tumore dell'utero (con conseguente sbagliata convinzione di non necessità di aderire ai programmi di *screening*).

Come già sottolineato, il compito del Ministero è anche quello di "governance del sistema", onde evitare che si venga a creare una situazione di difformità nelle modalità di accesso e di pagamento con, addirittura, differenti modalità di offerta tra le ASL di una stessa Regione che, oltre a produrre disagio nella popolazione, potrebbero, addirittura, compromettere il buon esito degli interventi preventivi.

Sulla base di tutte queste considerazioni, il nuovo piano nazionale della prevenzione vaccinale 2012-2014, di cui all'intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012, riconferma le scelte strategiche contenute nell'accordo del 2007, in termini di *target* ed obiettivo di copertura vaccinale, pur rimodulando quest'ultimo, alla luce delle difficoltà incontrate nel raggiungimento dell'obiettivo posto all'epoca.

Infatti, la copertura vaccinale per le 3 dosi previste di vaccino anti HPV, rilevata a giugno 2011, per la coorte di nascita 1997, risulta tutt'altro che soddisfacente, con una media nazionale pari a 64,7 per cento ed un intervallo compreso tra i valori 34,3 e 81,8 per cento.

È opportuno sottolineare che l'avvio della campagna vaccinale anti HPV ha pressappoco coinciso con la pandemia della stagione influenzale 2009-2010, con conseguente spostamento di risorse, sia economiche che di personale, da un'attività in teoria consuetudinaria, ma ancora in fase di avvio, verso una serie molto complessa di operazioni programmate per far

fronte ad un'emergenza che, per sua stessa definizione, va ad interferire con il lavoro di *routine*.

Non si può, inoltre, ignorare l'impatto negativo sull'accettazione delle vaccinazioni in generale da parte della popolazione, originato dalle polemiche a suo tempo insorte intorno alla vaccinazione pandemica.

È stato, pertanto, concordato il seguente nuovo obiettivo, il raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di vaccino anti HPV del 70 per cento nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001, dell' 80 per cento nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002 e del 95 per cento nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003.

Si ritiene opportuno segnalare che l'Italia, anche nel 2012, ha aderito alla settimana europea delle vaccinazioni (21-27 aprile 2012), un'iniziativa dell'ufficio regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), consistente nel fatto che per una settimana, nel mese di aprile, nei Paesi europei, con lo *slogan* comune "Prevenire, proteggere, immunizzare", si svolgono manifestazioni per informare e coinvolgere la popolazione ed i professionisti sanitari sul tema delle vaccinazioni e per affrontare le sfide future in tale ambito.

Tra le iniziative correlate è stato incluso un *workshop* dedicato alla vaccinazione anti HPV, quale momento d'incontro, discussione e dibattito, insieme con i rappresentanti delle Regioni e delle maggiori società scientifiche e delle federazioni di professionisti coinvolti nelle attività vaccinali, per identificare quali siano state le principali barriere al successo del programma vaccinale di sanità pubblica, per condividere dei modelli vincenti e per definire delle linee di indirizzo atte a rilanciare la vaccinazione.

Per soddisfare l'esigenza di una campagna di comunicazione specifica destinata ai soggetti *target* dell'intervento vaccinale ed ai loro genitori/tutori, nonché ai medici e agli operatori sanitari, il Ministero, nel febbraio 2008, ha realizzato una campagna di comunicazione per sensibilizzare la popolazione sull'importanza della vaccinazione contro il papilloma virus e per informare sulla campagna di vaccinazione in corso a partire da tale anno.

I destinatari della campagna erano i genitori, i medici (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi) e gli operatori sanitari. L'obiettivo era quello di sensibilizzarli sui benefici della vaccinazione contro il virus, sulla sicurezza e l'efficacia dei vaccini disponibili, sull'utilità di aderire ai programmi periodici di *screening*.

Gli strumenti utilizzati nella campagna sono stati: uno *spot* televisivo, diffuso sui maggiori circuiti televisivi a diffusione nazionale e locale, sui grandi schermi dei circuiti cinematografici e nelle stazioni aeroportuali del nostro Paese; uno *spot* radiofonico, trasmesso dalle principali emittenti; materiale informativo specifico (*poster*, opuscoli, eccetera); informazioni *online*: in particolare sul sito del Ministero, è stato pubblicato lo speciale dedicato "Vaccinazione contro il papilloma virus", con tutte le informazioni relative al vaccino, le domande e le risposte.

Il centro nazionale per il controllo delle malattie (CCM) del Ministero ha, inoltre, finanziato il progetto "Valore" (da "Valutazione locale e regionale delle campagne per la vaccinazione contro l'HPV), coordinato dal centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità, i cui obiettivi sono assolutamente funzionali all'opportunità di implementare la vaccinazione anti HPV nel territorio nazionale: 1) raccogliere le esperienze delle Regioni e delle ASL italiane sugli aspetti organizzativi, logistici, comunicativi e sociali delle campagne vaccinali contro l'HPV attraverso un questionario elettronico; 2) indagare i motivi di mancata vaccinazione per un campione di ragazze che non ha aderito all'offerta della vaccinazione; 3) sviluppare un documento tecnico per la conduzione di una campagna vaccinale e un pacchetto formativo, che possano essere di supporto alle Regioni e alle ASL nelle prossime campagne.

Il progetto si articola in due indagini parallele: una volta a studiare la pianificazione, organizzazione, implementazione e promozione delle campagne di vaccinazione per le coorti 1997 e 1998 nelle Regioni e ASL italiane, utilizzando un questionario elettronico diretto ai referenti regionali e delle ASL; l'altra tesa ad individuare i motivi di mancata vaccinazione attraverso un questionario indirizzato alle famiglie delle ragazze che non hanno aderito al programma vaccinale.

Riguardo al progetto, si precisa che le Regioni e 137 ASL hanno aderito alla prima indagine: la Regione Sardegna, pur mostrando interesse per il progetto, non ha aderito per problemi di sostenibilità dell'iniziativa, a fronte delle numerose altre attività già pianificate o in corso e del personale insufficiente.

I risultati e gli strumenti prodotti verranno presentati in occasione di un evento formativo e divulgativo previsto per il mese di aprile 2013.

Con riferimento all'ultimo quesito, si risponde in base alle informazioni acquisite presso l'Istituto superiore di sanità.

Dall'introduzione della vaccinazione anti HPV, il CNESPS si occupa del monitoraggio periodico dei dati di copertura per questa vaccinazione, raccogliendo ogni 6 mesi le coperture regionali per coorte di nascita e il numero di dosi somministrate e pubblicandole semestralmente sul portale di epidemiologia del centro. Tali dati vengono raccolti ogni 6 mesi per tutte le coorti di nascita, dalle nate nel 1982 (che nel 2008 rappresentavano le venticinquenni) alla più giovane coorte invitata (dodicenni nel 2012). Questo permette di avere un dato di copertura aggiornato per ogni coorte di nascita, che tenga conto dei recuperi delle non rispondenti o di altri interventi attuati a livello locale per promuovere la vaccinazione. Una volta raggiunti gli obiettivi di copertura, questa rilevazione potrà essere resa annuale e inglobata nella raccolta ordinaria dei dati di copertura di tutte le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale, coordinata dal Ministero.

I dati raccolti hanno evidenziato una copertura vaccinale della coorte di nascita 1997 pari al 64,7 per cento per 3 dosi di vaccino e coperture

simili o inferiori delle coorti più giovani; da tali dati si evince anche che le coperture raggiunte per le nuove coorti non mostrano alcuna tendenza in aumento.

L'ISS ritiene che le problematiche relative all'offerta di questa vaccinazione siano varie e legate al prodotto disponibile, all'obiettivo della vaccinazione e al *target* della stessa. Infatti, il vaccino protegge contro una malattia sessualmente trasmessa e l'obiettivo ultimo è la prevenzione del tumore del collo dell'utero; ambedue sono tematiche molto sensibili. Inoltre, il *target* primario della vaccinazione è costituito dalle ragazze nel dodicesimo anno di vita, ancora lontane dall'avvio dei rapporti sessuali, mentre il cervicocarcinoma colpisce prevalentemente l'adulto, manifestandosi più di 20 anni dopo la vaccinazione.

Il *target* della comunicazione è rappresentato sia dalle dodicenni stesse sia dai loro genitori. In alcune Regioni la vaccinazione è stata estesa ad un *target* secondario diverso da Regione a Regione, rappresentato da una o più coorti tra i 15 e i 18 anni.

La fascia di età adolescenziale è notoriamente un difficile *target* per interventi di prevenzione primaria (basti pensare che la copertura per la quinta dose di vaccinazione contro difterite e tetano prevista all'età di 11-15 anni dal calendario nazionale, supera di poco il 50 per cento). L'offerta gratuita della vaccinazione a fasce di età più grandi rispetto alle dodicenni soltanto in alcune Regioni, oltre a creare disparità nell'offerta, può ingenerare nella popolazione perplessità circa l'importanza della vaccinazione in questa fascia di età. I vaccini conferiscono protezione solo verso alcuni tipi di HPV e hanno un'efficacia maggiore se somministrati a soggetti mai infettati precedentemente. I dati di immunogenicità al momento disponibili non possono fornire informazioni sulla necessità o meno di dosi di richiamo, inducendo alcuni genitori o professionisti sanitari ad optare per ritardare la somministrazione della vaccinazione.

La ragazza, anche se vaccinata, dovrà comunque partecipare ai programmi di *screening* oncologico (*pap test*), che in Italia coinvolgono attivamente le donne tra i 25 e i 64 anni ridurre l'incidenza dei tumori del collo dell'utero.

Da ultimo, la promozione di questa vaccinazione non deve creare falsi sensi di sicurezza nei giovani, favorendo rapporti sessuali non protetti.

Inoltre, dato l'ampio ambito di copertura tra le Regioni e, in alcuni casi, anche tra ASL della stessa Regione, è ipotizzabile che il tasso di copertura vaccinale possa essere influenzato dalle modalità di organizzazione e promozione della campagna, dalle caratteristiche socio-demografiche delle aree geografiche e dall'accettazione dell'iniziativa in corso da parte dei diversi professionisti coinvolti. Per i motivi finora esposti, nel 2011 è stato avviato il citato progetto "Valore".

I risultati delle due indagini parallele verranno messi in relazione con le coperture vaccinali, al fine di identificare le azioni e strategie che favoriscano il raggiungimento di migliori coperture, e verranno utilizzati per

elaborare un documento tecnico e un pacchetto formativo rivolto agli operatori sanitari. Gli strumenti prodotti saranno messi a disposizione di Regioni e ASL per agevolare il conseguimento dell'obiettivo di copertura fissato e per ridurre al minimo le disomogeneità territoriali.

Relativamente allo stato di avanzamento del progetto, si segnala che esso ha ottenuto una proroga fino al maggio 2013. La proroga è stata determinata da due principali motivazioni: inizialmente la prima indagine era stata disegnata per raccogliere informazioni soltanto a livello regionale; ma, poiché le attività condotte sono molto diverse tra le ASL e un unico questionario regionale non sarebbe stato esaustivo, è sorta l'esigenza di estendere l'indagine a tutti i referenti ASL; la seconda indagine ha raccolto molte più adesioni di quanto previsto. Tutti i referenti regionali e 124 delle 137 ASL che hanno aderito alla prima indagine hanno completato il questionario. È in corso l'analisi dei dati.

Relativamente alla seconda indagine, 54 ASL in 9 Regioni hanno aderito. La spedizione delle lettere è stata completata in tutte le ASL il 7 marzo 2012, con circa 14.400 lettere inviate. L'ISS ha avviato il *data entry* e l'analisi dei dati.

Inoltre, è in corso la raccolta del materiale di comunicazione utilizzato per le campagne di vaccinazione condotte sino ad ora a livello regionale e di ASL; tale materiale verrà valutato da un gruppo di lavoro dell'unità di formazione e comunicazione del CNESPS con specifici strumenti.

Considerando che sono state riscontrate alcune resistenze da parte di professionisti sanitari alla promozione della vaccinazione contro l'HPV, l'ISS ritiene utile studiare anche il punto di vista degli operatori sanitari: pertanto, il progetto si propone, compatibilmente con le risorse disponibili, di condurre due diverse attività per rilevare percezione, attitudine e pratica degli operatori verso la vaccinazione: l'organizzazione di "focus group" con le figure professionali coinvolte nella campagna vaccinale e un questionario *online* rivolto agli operatori sanitari (utilizzando "EpiCentro", il portale di epidemiologia del CNESPS).

Come già ricordato, i risultati e gli strumenti prodotti verranno presentati nell'aprile 2013.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(7 gennaio 2013)

BIANCONI, CECCANTI, FILIPPI Alberto, D'AMBROSIO
LETTIERI, DI GIACOMO, LENNA, BOLDI, SBARBATI, DEL VEC-
CHIO, SPADONI URBANI, BAIIO, FOSSON, MARITATI, ZANOLETTI,

SANGALLI, ANTEZZA, ESPOSITO, THALER AUSSERHOFER, VICARI, GARAVAGLIA Mariapia, GUSTAVINO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

la stampa nazionale ed internazionale ha diffuso in questi giorni la notizia che il 7 maggio 2012 gli uffici doganali della sud Corea hanno fermato la vendita illegale di capsule, che venivano distribuite come "integratori energetici". Gli agenti della dogana hanno sequestrato circa 17.000 pillole composte da resti umani, corpicini di bambini o feti abortiti ridotti in polvere. Migliaia di confezioni hanno però raggiunto in questi mesi la Corea del sud, dove la domanda sembra essere molto alta, data la fama della pillola come anti-impotenza. Un commercio illegale che desta forti preoccupazioni dato che gli "ingredienti" principali provengono dalla vicina Cina;

tali capsule venivano consigliate per la cura di diverse malattie, tra cui l'impotenza e il vigore sessuale maschile. Secondo quanto riportato dal "San Francisco Times", dai *test* effettuati sulle pillole, si rivela che il 99,7 per cento della composizione è formata da resti umani;

secondo le indagini, aperte già nell'agosto scorso, i medici cinesi e gli operatori sanitari avrebbero chiesto il coinvolgimento di importanti aziende farmaceutiche, al fine di essere informati di tutti gli aborti avvenuti negli ospedali. I corpicini verrebbero, quindi, venduti e trattati industrialmente attraverso il processo di "micro onde", fino alla polverizzazione. La polvere verrebbe poi trasformata in compresse alle quali sono aggiunti ingredienti vegetali per confondere le autorità sanitarie e gli ufficiali delle dogane;

oltre alle questioni etiche, le autorità che hanno analizzato le capsule hanno segnalato il fatto che questi medicinali sono molto spesso contaminati da "superbatteri". Inoltre, le capsule prodotte per la maggioranza dalle città di Yanji e Jilin (nel nord est della Cina) verrebbero vendute anche in erboristeria e in alcuni negozi di medicina orientale, al prezzo di 35-44 dollari,

si chiede di sapere:

se al Ministro in indirizzo risulti che tale farmaco o simili abbiano realmente una composizione così macabra e se nel nostro Paese si possa considerare scongiurata la diffusione di tali capsule;

se risulti che ci sono industrie farmaceutiche realmente coinvolte;

se i Nuclei antisofisticazioni e sanità abbiano predisposto azioni tali da bloccare la vendita *on line* di queste capsule e se il Ministro in indirizzo non consideri necessario promuovere una campagna informativa volta a non incentivare l'acquisto di farmaci dalla provenienza non sicura.

(4-07455)

(10 maggio 2012)

RISPOSTA. - Per quanto riguarda la possibilità della diffusione di capsule distribuite come “integratori energetici” nel nostro Paese, l’Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha inteso sottolineare che la struttura di controllo della filiera distributiva italiana garantisce adeguato contrasto all’ingresso di prodotti pericolosi come quelli in esame, come confermato dall’assenza di riscontri riguardanti l’infiltrazione di medicinali falsificati negli ultimi 5 anni.

L’Aifa da anni dedica particolare attenzione al problema della contraffazione farmaceutica, come testimoniato dalle diverse iniziative promosse nel tempo, tra cui l’istituzione, con determinazione Aifa del 2007, della *task force* nazionale Impact Italia, della quale fanno parte, oltre all’Agenzia stessa, anche questo Ministero, il comando carabinieri per la tutela della salute-NAS, l’Istituto superiore di sanità, l’Agenzia delle dogane, il Ministero dello sviluppo economico e il Ministero dell’interno attraverso la polizia criminale. La struttura della *task force* consente inoltre la partecipazione, per progetti mirati, anche di attori privati del settore e di associazioni non direttamente coinvolte.

Impact Italia ha promosso e promuove tuttora una serie di iniziative divulgative di formazione e informazione, finalizzate a contrastare il fenomeno.

I risultati ottenuti fino ad oggi hanno permesso di tenere sotto controllo il mercato nazionale e, inoltre, l’Italia è considerata tra i Paesi guida nella lotta alla contraffazione farmaceutica, come è testimoniato, tra l’altro, dal ruolo di coordinamento o presidenza ricoperto dall’Agenzia nei principali gruppi di lavoro internazionali che si occupano del contrasto al fenomeno, come quelli che hanno contribuito allo sviluppo di due recenti strumenti normativi: la direttiva 2011/62/UE, che introduce modifiche in chiave anti-contraffattiva al codice farmaceutico europeo e la convenzione MediCrime del Consiglio d’Europa che introduce norme di diritto penale applicabili nei casi di falsificazione di prodotti sanitari.

Nello specifico, sebbene non sia possibile impedire, sistematicamente, il ricorso da parte dei pazienti a canali di approvvigionamento illeciti, sono state predisposte attività continuative di investigazione, informazione al pubblico e formazione degli operatori che hanno permesso di ridurre la portata del fenomeno e di procedere, altresì, a sequestri di farmaci illegali e alla chiusura di siti *Internet* dediti a questo commercio pericoloso.

In particolare, il 14 dicembre 2011 l’Aifa e il Ministero siglato il *memorandum* riguardante le misure da applicare a prodotti naturali e integratori alimentari in caso di contraffazioni o contrasti con la normativa vigente.

Per rendere operativo tale *memorandum*, l’Agenzia, il Ministero, il comando dei carabinieri per la tutela della salute e 5 nuclei NAS, con il supporto dell’Istituto superiore di sanità e della commissione per la vigilan-

za sul *doping* e le attività sportive, hanno condotto un'iniziativa di monitoraggio del mercato riguardante i prodotti presentati come "naturali", ai fini di un accertamento analitico.

In attesa dei risultati conclusivi delle analisi di laboratorio condotte dall'ISS, è stata intanto registrata la bassa incidenza di irregolarità nelle reti distributive, sottoposte a controlli regolari da parte delle autorità sanitarie, ad ulteriore conferma dell'efficacia dell'approccio italiano alla protezione dei pazienti, che ha come strumento principale proprio la messa in sicurezza della filiera distributiva legale.

A questa prima operazione faranno seguito altre iniziative già definite, finalizzate a garantire l'efficace e costante monitoraggio del mercato, mediante nuove strategie di prevenzione e contrasto in grado di controllare i mutamenti nell'assetto della catena distributiva illegale.

Inoltre, l'Aifa ha promosso negli anni numerose iniziative finalizzate ad approfondire il fenomeno della vendita di medicinali attraverso *Internet*.

Un primo studio è stato realizzato nel 2007 in collaborazione tra Aifa e World health organization (WHO). I risultati emersi dagli acquisti di controllo, effettuati da siti precedentemente individuati, hanno confermato che, nella grande maggioranza dei casi, i farmaci venduti attraverso il *web* sono contraffatti. Gli esiti di tale studio hanno, inoltre, consentito di caratterizzare meglio il fenomeno emergente, portando alla luce le diverse tipologie di farmacie presenti su *Internet*.

Successivamente, sono stati sviluppati due ulteriori approfondimenti: il primo, realizzato dall'Aifa, in collaborazione con un'agenzia di *intelligence* informatica, finalizzato a caratterizzare ulteriormente il fenomeno delle farmacie *online*. Sulla base dei risultati conseguiti, è stato possibile delineare tre diverse tipologie di farmacie *online*, indicate come: a) legali, autorizzate e controllate; b) illegali, prive di autorizzazione e certificazione; c) false, dedicate alla mera truffa; il secondo, realizzato sempre dall'Aifa, in collaborazione con un'altra agenzia di *intelligence* informatica, mirato ad indagare le tecniche di promozione e diffusione di anabolizzanti e steroidi attraverso la rete dei *social network*.

È utile ricordare che, nonostante l'ampia diffusione del mercato elettronico, la propensione agli acquisti *online* da parte della popolazione italiana è inferiore rispetto a quella di altri Paesi.

Nel settembre 2010, l'Aifa, al fine di approfondire tale questione, ha realizzato in collaborazione con un istituto privato una ricerca, "L'acquisto on-line di farmaci in Italia: conoscenza, giudizi e diffusione", finalizzata a definire un quadro reale del problema.

Oltre alle attività sopra menzionate, sono state poste in essere dall'Agenzia le seguenti ulteriori iniziative: la campagna di informazione, realizzata a livello nazionale dalla *task force* Impact Italia, allo scopo di informare il pubblico sui rischi legati all'acquisto di farmaci attraverso

Internet; la realizzazione di un volume interamente dedicato al fenomeno della contraffazione farmaceutica, disponibile in versione italiana e inglese; la gestione di eventi formativi *ad hoc* per gli operatori di forze di polizia e dogane che quotidianamente si confrontano con casi sospetti di contraffazione e/o importazione illegale.

Nel maggio 2011, l'Agenzia ha, inoltre, siglato un *memorandum* d'intesa con il servizio privato statunitense di verifica e controllo delle farmacie *online* "LegitScript", l'unico riconosciuto ufficialmente dalle federazioni dei farmacisti, al fine di definire degli approcci operativi *standard*. Tale collaborazione ha già dato, nel breve tempo, importanti risultati, come testimoniato dalla chiusura di una serie di siti illegali localizzati negli Stati Uniti, ma realizzati con pagine in italiano e destinati, chiaramente, a fornire il nostro mercato.

Inoltre, in data 26 marzo 2012, è stato pubblicato nel sito dell'Aifa il comunicato stampa n. 228, da cui emergono dati decisamente confortanti. Infatti, in Italia il fenomeno della contraffazione appare pressoché inesistente: la percentuale dei farmaci contraffatti presenti nel nostro mercato è pari allo 0,1 per cento, grazie principalmente al sistema di tracciabilità del farmaco, che consente il monitoraggio, attraverso il bollino a lettura ottica, di ogni singola confezione nonché alle attività di prevenzione e contrasto portate avanti, ormai da diversi anni, dalla *task force* Impact Italia.

L'Agenzia ha inoltre avviato una collaborazione con un istituto privato di ricerca al fine di valutare il "profilo" degli acquirenti che ricorrono alle reti distributive illegali; alla prima indagine realizzata nel settembre 2010 ne ha fatto seguito una seconda attualmente in via di analisi, sviluppata in collaborazione con il mondo accademico, al fine di misurare la crescita di consapevolezza nel pubblico rispetto alla conoscenza e alla diffusione dell'acquisto *online* di farmaci in Italia.

I risultati della ricerca, oltre a fornire un quadro attuale e reale del problema, saranno utilizzati per realizzare campagne nazionali di informazione al pubblico, attualmente in via di definizione; queste iniziative per la sensibilizzazione sui rischi legati all'acquisto di farmaci attraverso *Internet* sono anche indicate tra le priorità del tavolo "Farmaci e cosmetici" del consiglio nazionale anticontraffazione presieduto dall'Aifa, e potrebbero essere sviluppate già nei prossimi mesi in maniera coordinata tra le diverse amministrazioni.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(21 dicembre 2012)

BIONDELLI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

la delibera della Regione Piemonte n. 44-1980 del 29 aprile 2011 ha definito la revisione del servizio territoriale di elisoccorso 118 dove la delibera avente il titolo oggetto "Interventi e misure di riorganizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria territoriale" fissa una riduzione di una base operativa per l'operatività diurna e l'avvio del servizio notturno;

la delibera citata prevede altresì 4 elisuperfici gestite con 4 mezzi con operatività diurna suddivisi in: uno nella provincia di Torino, uno nella provincia di Cuneo, uno nella provincia di Alessandria e uno all'interno del quadrante Biella, Novara, Vercelli e Verbano-Cusio-Ossola (VCO);

attualmente le 5 basi operative utilizzano le superfici di Torino, Cuneo, Alessandria, Novara e Borgosesia;

la base operativa esclusa a partire dal mese di luglio 2012 sarà quella di Novara dove la stessa base è operativa dal 26 luglio 1988 (prima della nascita del 118 il numero unico era il 116) con una media di 550 interventi all'anno;

l'amministrazione aggiudicatrice dell'appalto (Azienda ospedaliera C.T.O./Maria Adelaide) ha emesso un nuovo bando di gara (codice identificativo di gara 380102403C) per l'affidamento del servizio di elisoccorso della Regione Piemonte per un importo pari a 79.683.000 euro per una durata di 72 mesi;

considerato che:

il servizio di soccorso di Novara è attivo da oramai 24 anni rispondendo efficacemente alle richieste sanitarie poste dal territorio della provincia novarese e limitrofe;

l'azienda ospedaliero universitaria "Maggiore della Carità" di Novara, già identificata come secondo ospedale in Piemonte, è stata recentemente inquadrata come centro di riferimento HUB (uno dei cinque di riferimento del Piemonte) e quindi strategicamente e logisticamente determinante per la risposta sanitaria di alto livello per tutto il territorio coperto dalle province di Biella, Novara, Vercelli e VCO in quanto vi sono presenti alte specialità come Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Centro trapianti, eccetera;

è in corso il progetto di realizzazione a Novara della Città della salute e della scienza (si veda la recente approvazione del progetto preliminare presentato alla conferenza dei servizi nel mese di gennaio);

è in fase di conclusione e di prossima apertura (2013) il nuovo ospedale di Biella, dotato delle più moderne tecnologie e quindi importante riferimento di quadrante e strettamente correlato al principale polo ospedaliero di Novara, peraltro sede universitaria;

l'elisoccorso di Novara tra il 2004 e il 2010 ha effettuato 3.832 interventi contro i 4.284 effettuati nello stesso periodo dall'elicottero di Borgosesia;

la chiusura della base operativa di elisoccorso di Novara comporterà sicuramente un aumento dell'attività per le basi di Borgosesia e Alessandria (limitrofe);

una parte degli interventi dell'elisoccorso (facilmente raggiungibili via terra) possono essere sostituiti dalle ambulanze medicalizzate, ma oggi in tutta la provincia sono attive solo 4 basi con ambulanze medicalizzate 118 (Novara, Arona, Galliate e Borgomanero) dopo la recente riorganizzazione della rete emergenza e urgenza;

il nuovo bando prevede di effettuare interventi di Elisoccorso anche in fascia notturna dove si rende necessario un aggravio di spesa per la costruzione/modifica delle elisuperfici e relativa gestione con i requisiti necessari per il volo notturno, vanificandone il principio cardine del contenimento della spesa;

i costi del servizio non corrispondono solo al numero di velivoli e quindi al numero delle basi attive ma soprattutto alla tipologia dei velivoli utilizzati: a Novara, dove oggi c'è un BK117, il costo annuo del canone di affitto del velivolo è di 750.000 euro, mentre a Torino e Cuneo dove ci sono gli AW 139 (abilitati per il volo notturno) il costo annuo per mezzo lievita a 2 milioni di euro;

l'esperienza della limitrofa Lombardia sul volo notturno dell'elisoccorso 118 parla di una ottantina di interventi all'anno (di cui una trentina *in itinere*, 8 per trasporto organi e i restanti per interventi sulla strada) con la successiva decisione di ridurre il servizio notturno mentre si prevedono nel nuovo bando 600 voli notturni annui per tutto il Piemonte;

le piazzole di eliporto 118 omologate per il volo notturno sono 6 in tutto il territorio regionale (tre a Torino, due nel cuneese e una ad Alessandria) e il territorio del Piemonte orientale attualmente è scoperto;

una delle decisioni (non convincente) che ha portato a sacrificare la base di Novara è stata quella di dichiarare un numero di giorni troppo elevato con condizioni meteorologiche avverse per il volo notturno, dato statisticamente variabile negli anni laddove la base operativa di Alessandria (secondo uno studio già precedentemente effettuato dalla Regione Piemonte) ha un numero maggiore di giorni non adatti al volo notturno;

ritenuto che:

i dati citati sono da considerare per una mera conoscenza della problematica, senza che si vogliano o debbano creare inutili e contrapposizioni localistiche o peggio campanilistiche;

occorre semmai progettare una dislocazione dell'elisoccorso tale da garantire modalità e tempi di intervento estremamente tempestivi e finalizzati; ed al riguardo appare sufficiente rifarsi ai parametri dettati dall'Organizzazione mondiale della sanità in materia;

già tali considerazioni inducono a rimodulare talune decisioni che non tengono peraltro conto dei risparmi che si otterrebbero in termini di vite umane salvate, e tutti ben conosciamo quali siano i costi per la comunità;

appare senz'altro improbabile ed inefficace la decisione di eliminare una base di elisoccorso, quale quella di Novara, che è dislocata presso un'azienda ospedaliera (seconda in Piemonte) di supporto ad un bacino di utenza dai grandi numeri, fermo restando la validità di lasciare in vita altri sedi idonee a tali fini,

si chiede di sapere:

se a giudizio del Ministro in indirizzo ci sia la possibilità di affermare la necessità e l'importanza strategica di mantenere a Novara la base operativa dell'elisoccorso, dove si offre oramai da svariati anni un servizio ad alta specializzazione per la comunità novarese che comprende un bacino di utenza di 4 province;

se non intenda adottare criteri e parametri per la collocazione del servizio di elisoccorso tale da rendere efficace ed efficiente il servizio con la massima ottimizzazione dei costi.

(4-07009)

(6 marzo 2012)

RISPOSTA. - Si risponde sulla base degli elementi pervenuti dalle Prefetture - Uffici territoriali del Governo di Novara e Torino, da questi acquisiti presso l'assessorato per la tutela della salute e sanità, edilizia sanitaria, politiche sociali e politiche per la famiglia della Regione Piemonte.

La deliberazione della Giunta regionale 29 aprile 2011, n. 44-1980, ha definito la revisione del servizio territoriale di elisoccorso 118, prevedendo l'impiego di 4 mezzi con operatività diurna e l'implementazione di un mezzo con operatività notturna. La stessa delibera prevede che tale revisione comporterà un adeguamento della rete regionale delle elisuperfici a servizio delle destinazioni sanitarie, coerentemente con il nuovo assetto della rete ospedaliera, al fine di ottenere l'operatività sulle 24 ore.

La ragione per la quale è stato previsto un servizio che impieghi un numero di mezzi diurni pari a 4 è derivata dal fatto che nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un decremento molto spiccato degli interventi, passati da 3.400 nel 2005 a 2.700 nel 2010.

Da un punto di vista prettamente economico, la riduzione di una base operativa riconduce la spesa a circa 12 milioni (costo complessivo su base annua escluso il volo notturno) a fronte di una previsione di circa 16 milioni di euro annui per mantenere le 5 basi attuali (dovendo comunque adeguare i mezzi aerei alle nuove normative e ai costi di mercato).

Le ragioni che hanno portato, tra l'altro, alla scelta dell'elisuperficie di Borgosesia a fronte di quella di Novara vanno ricercate negli eventi meteorologici di foschia e nebbia che affliggono la zona di Novara per molti più giorni all'anno rispetto alla zona di Borgosesia; inoltre, l'elisuperficie di Novara è collocata in un centro abitato per cui la gestione operativa è più difficoltosa rispetto a quella di Borgosesia.

In aggiunta, va considerato che tra le basi operative possibili nel quadrante orientale, quella di Borgosesia è meno onerosa essendo già esistente, di recente costruzione, di proprietà dell'ASL, certificata dall'Ente nazionale aviazione civile (Enac) ed in corso di abilitazione per il volo notturno.

Le peculiarità di centro di eccellenza dell'azienda ospedaliera universitaria di Novara, individuata come polo strategico ad alta specialità del quadrante nord, non sono comunque da ritenersi invalidate da quanto atteso dalla revisione del servizio territoriale di elisoccorso 118. La cessazione di una base operativa non significa la chiusura del servizio per Novara, ma implica semplicemente che la base di "partenza" del mezzo non sarà più l'elisuperficie di Novara. L'Ospedale maggiore della carità continuerà comunque a rappresentare il riferimento per dare le risposte sanitarie di alto livello del quadrante nord e, grazie alle caratteristiche degli elicotteri del nuovo bando di gara, rispondenti alla classe di prestazione e sicurezza prevista dalle normative vigenti italiane ed europee, sarà possibile raggiungere tutte le destinazioni ospedaliere più adatte a rispondere alle problematiche di tipo clinico in tempi sempre più brevi.

Il posizionamento di Borgosesia permette, infatti, il raggiungimento in 20 minuti di tutti i punti del territorio di competenza, mentre la distanza tra Borgosesia e Novara è tra i 9 e i 10 minuti.

Nel 2011 la base operativa di Novara ha gestito con elicottero 455 (505 quelle gestite da Borgosesia) richieste di intervento sanitario, delle quali solo il 43 per cento ha avuto come esito il trasporto del paziente in ospedale (la media delle altre basi operative è stata del 70 per cento).

L'individuazione nel capitolato di gara di macchine con potenza e *standard* di prestazioni più elevate sarà determinante per il raggiungimento del *target* in tempi sempre più brevi, migliorando notevolmente la prestazione dei soccorsi e la possibilità di agire in tempi strettissimi per situazioni di elevata criticità clinica.

Il costo dei mezzi oggetto del bando di gara è correlato alle direttive impartite dall'Enac, che ha operato profonde modifiche alle norme che regolamentano il volo degli elicotteri, adeguandosi alla normativa europea.

Relativamente ai costi, la spesa annua per la base di Novara ammonta a circa 1.245.000 euro (795.000 per il fisso e 450.000 euro per il costo variabile del volato), mentre quella di Torino è pari a circa 2.280.000 euro (1.800.000 per il fisso e 480.000 euro per il costo variabile del volato). Il costo medio di un intervento effettuato dalla base di Torino è di circa 2.500 euro, a fronte di 2.736 euro di un intervento dalla base di Novara. Il costo

medio di un intervento con il trasporto del paziente eseguito dalla base di Torino è di circa 3.590 euro, a fronte di 6.352 euro di quello svolto da Novara.

Infine, la scelta di introdurre un mezzo con operatività notturna permetterà di dare risposta a tutte le richieste che, allo stato attuale, senza volo notturno, vengono accolte ed effettuate con l'invio di mezzi a terra.

È opportuno ricordare che rientrano in tale ambito operativo anche le richieste di intervento che pervengono al 118 nelle fasce orarie dalle ore 6.00 fino alle ore 7.30 e dalle ore 17.00 alle ore 19.00, per almeno 5 mesi all'anno.

Il volo notturno comporterà, da luglio 2013, una spesa approssimativa di un milione di euro, che sarà assorbita dal risparmio derivante dalla riduzione di una base operativa.

Nel territorio regionale sono agibili anche di notte una decina di elisuperfici (pubbliche e private distribuite in modo piuttosto uniforme. Per il Piemonte orientale si può già fare affidamento sulle elisuperfici private, utilizzabili in concessione di "Eliosola" ed "Ainvaalser"; sono in fase di rilascio le autorizzazioni per le elisuperfici pubbliche di Borgosesia e Verbania, mentre sono di prossima presentazione le procedure per l'utilizzo dell'area aeroportuale di Biella Cerrione per fini di pubblica utilità.

È, altresì, in corso lo studio per la valutazione del numero delle piazzole da decentrare sul territorio; il costo per l'adeguamento ai voli notturni delle elisuperfici già esistenti è di circa 40.000 euro ciascuna.

L'assessorato ritiene che, a fronte di un servizio più omogeneo nel territorio piemontese e con un livello sicuramente più elevato delle prestazioni e della sicurezza rispetto al contesto precedente, la spesa si attesterebbe intorno ai 12 milioni di euro, escluso il volo notturno, ed appare costante rispetto al 2011.

Alla luce delle indicazioni pervenute dalla Regione Piemonte e tenuto conto degli ambiti di competenza determinati dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, non si ritiene di dover adottare ulteriori iniziative.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(7 gennaio 2013)

CARDIELLO. - *Al Ministro dello sviluppo economico.* - Premesso che:

da tempo Poste italiane ha avviato un processo di razionalizzazione degli sportelli dislocati sull'intero territorio italiano;

essa ha causato la soppressione e/o la riduzione degli orari e degli sportelli degli uffici localizzati nei piccoli comuni, in conseguenza causando notevoli disagi e disservizi alle popolazioni;

considerato che:

tutti i piccoli comuni a sud di Salerno hanno subito pesanti penalizzazioni a causa della politica di razionalizzazione;

tali Comuni avrebbero intenzione di promuovere, secondo quanto riportato dalla stampa locale, una *class action* contro Poste italiane SpA in difesa dei cittadini utenti;

in attesa di formalizzare tale iniziativa, al direttore dell'ufficio postale di Sala Consilina (Salerno), anch'esso interessato dalla razionalizzazione, sarebbe stata inviata una lettera di diffida per interruzione di pubblico servizio e, similmente, sarebbe stata presentata denuncia alla Procura della Repubblica;

appare verosimile che la *class action* raccolga l'adesione di numerosi sindaci del salernitano,

l'interrogante chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto sopra;

se e in quali modi di competenza intenda intervenire al fine di ripristinare i servizi e gli sportelli attualmente soppressi o in via di soppressione da parte di Poste italiane ed evitare che detti disservizi provochino anche l'instaurarsi di contenziosi legali.

(4-07145)

(21 marzo 2012)

RISPOSTA. - Poste italiane ha comunicato che nell'intera provincia di Salerno sono presenti 289 uffici postali.

L'azienda ha reso noto che nel piano di interventi di razionalizzazione per il 2012, sono state previste, nei confronti degli uffici appartenenti alla filiale di Sala consilina, 39 chiusure e 3 razionalizzazioni degli orari di apertura mentre per gli uffici della filiale di Salerno sono state previste 14 chiusure e 4 razionalizzazioni di orario.

La società, ha evidenziato che il piano è stato trasmesso all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, soggetto competente a vigilare sul settore postale.

Al momento nessun intervento è stato attuato nei confronti degli uffici postali presenti in territorio salernitano. La società ha, peraltro, comunicato che a seguito degli incontri, che si sono svolti a livello territoriale con le organizzazioni sindacali, è stato convenuto che, qualora per gli uffici

compresi nel piano dovessero intervenire intese di carattere commerciale tra l'azienda ed enti locali finalizzate a garantire nuovi e diversi servizi sul territorio, le parti si incontreranno per riesaminare la situazione degli interventi previsti.

Per completezza di informazione, si fa presente che l'Agcom ha comunicato di aver convocato una riunione con Poste italiane sia per ottenere chiarimenti sul piano di razionalizzazione, sia per richiamare l'attenzione della società sulla necessità di garantire un'effettiva e preventiva interlocuzione con le realtà locali. L'Autorità ha, inoltre, inviato a Poste italiane una richiesta di informazioni per acquisire maggiori ragguagli sui parametri base utilizzati nella predisposizione degli interventi di rimodulazione degli orari di apertura e di chiusura degli uffici postali, per procedere a un'analisi comparativa degli interventi posti in essere nell'anno in corso con quelli predisposti negli anni passati e per conoscere l'impatto delle misure adottate sul mercato postale e sulla quantificazione del costo netto del servizio universale.

A questo proposito si ricorda che l'attuale quadro normativo impone al fornitore del servizio postale universale, ai sensi del decreto ministeriale 7 ottobre 2008, recante "Criteri di distribuzione dei punti di accesso alla rete pubblica", precisi obblighi di presenza territoriale che garantiscono la fruibilità e la continuità del servizio anche nelle realtà territoriali più remote e disagiate, a prescindere da valutazioni di tipo economico.

In questo contesto il Ministero, dal canto suo, non mancherà nell'ambito delle proprie attribuzioni istituzionali di adoperarsi, per garantire il rispetto degli obiettivi generali di coesione sociale ed economica ai quali il servizio postale è tenuto, comunque, ad ispirarsi.

Il Sottosegretario di Stato per lo sviluppo economico

VARI

(7 gennaio 2013)

CARRARA. - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che:

le numerose riforme degli ultimi anni in materia di mercato del lavoro hanno introdotto il sistema dei buoni (cosiddetti *voucher*) per il pagamento delle prestazioni di lavoro occasionale accessorio;

il loro valore nominale è comprensivo sia della contribuzione a favore della gestione separata INPS, che viene accreditata sulla posizione individuale contributiva del prestatore, sia di quella in favore dell'INAIL per l'assicurazione anti-infortuni, sia, infine, di un compenso al concessionario per la gestione del servizio. Pertanto, nel caso di *voucher* di valore nominale

pari a 10 euro, al lavoratore verrà corrisposta una cifra pari a 7,50 euro; nel caso di *voucher* "multiplo" da 50 o da 20 euro, il corrispettivo netto della prestazione in favore del lavoratore sarà, rispettivamente, pari a 37,50 o a 15 euro;

i buoni lavoro possono essere acquistati attraverso diverse procedure, tassativamente indicate dalla legge: presso le sedi INPS, con acquisto telematico, mediante acquisto presso i rivenditori di generi di monopolio autorizzati, con acquisto presso gli sportelli bancari abilitati, o con acquisto presso tutti gli uffici postali sul territorio nazionale;

per quanto concerne, in particolare, l'acquisto presso le sedi INPS, la legge prevede che il committente possa recarsi in una qualunque sede del territorio nazionale, e ivi ritirare i *voucher* cartacei, previa esibizione della ricevuta di avvenuto pagamento dell'importo relativo su un conto corrente postale intestato alla medesima INPS;

considerato che:

gli utenti hanno segnalato una forte difficoltà, per non dire addirittura l'impossibilità, nel reperire i *voucher* presso le strutture locali dell'INPS, che ne risultano sprovviste;

è inoltre impossibile per gli utenti contattare le sedi locali di riferimento, per chiedere informazioni sull'esistenza o meno in sede dei *voucher* cartacei, in quanto i numeri telefonici indicati rimandano ad un numero verde nazionale, che, a giudizio dell'interrogante incredibilmente, non solo dichiara di non essere "in contatto" con le sedi INPS locali, ma che non è neppure in grado di fornire alcuna informazione utile circa l'effettiva possibilità di reperire i suddetti *voucher* presso le singole sedi locali,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della grave situazione denunciata che, nella sostanza, rende priva di attuazione la normativa in materia di prestazioni di lavoro occasionale accessorio, causando disguidi e problemi;

quali iniziative intenda adottare per dare rapida soluzione al problema, venendo incontro alle legittime aspettative degli utenti.

(4-08490)

(23 ottobre 2012)

RISPOSTA. - Preliminarmente è opportuno ricordare che la normativa sul lavoro occasionale di tipo accessorio non specifica le modalità operative di gestione dei *voucher* ma si limita ad indicare che i beneficiari delle prestazioni di lavoro accessorio sono tenuti ad acquistare, presso le rivendite autorizzate, uno o più *carnet* di buoni il cui valore nominale, perio-

dicamente aggiornato, è stabilito con decreto del Ministero del lavoro (art. 72, comma 1, del decreto legislativo n. 276 del 2003).

In siffatto contesto normativo, le modalità di distribuzione e le procedure di gestione dei buoni lavoro sono state progettate e realizzate dall'Inps, in qualità di concessionario per la gestione degli stessi, unitamente al Ministero, ai sensi del decreto ministeriale 12 marzo 2008.

A questo proposito, l'Istituto ha evidenziato di aver impegnato al massimo, fin dalla fase di sperimentazione del lavoro occasionale di tipo accessorio le proprie risorse umane, strumentali ed organizzative affinché questa nuova modalità di pagamento delle prestazioni accessorie potesse diffondersi in modo uniforme e capillare su tutto il territorio nazionale.

Tanto premesso, con specifico riferimento alla problematica in ordine alla dotazione di *voucher* cartacei presso le sedi locali dell'Inps, l'Istituto ha ricordato che, fin dal 2008, è operativa una procedura di monitoraggio dei buoni lavoro. La procedura consente di verificare, a livello centrale, la disponibilità dei vari tagli di *voucher* cartacei nelle sedi operative dell'Istituto nonché di programmare le attività di approvvigionamento e distribuzione degli stessi. Ha inoltre precisato che eventuali carenze di *voucher* possono registrarsi solo temporaneamente con riferimento ai tagli più richiesti (ad esempio quelli da 50 euro) e che le stesse vengono gestite, in attesa di nuove forniture, attraverso la distribuzione di *voucher* cartacei di altro taglio ovvero intervenendo con forme di solidarietà interregionale o rifornendo le sedi sprovviste con buoni di altre sedi.

Pertanto, in considerazione della molteplicità dei punti di distribuzione e della multicanalità del servizio di gestione, la temporanea carenza di alcuni tagli di *voucher* cartacei che può verificarsi presso alcune sedi dell'Inps non pregiudica il diritto dei committenti di ricorrere ai buoni lavoro se si considera che, secondo quanto riferito dall'Istituto, allo scorso mese di ottobre il numero complessivo dei *voucher* venduti ammonta a circa 46 milioni, per un importo pari a 460 milioni di euro.

Conclusivamente, sarà cura del Ministero monitorare e sollecitare la più adeguata diffusione di questo importante servizio.

Il Vice ministro del lavoro e delle politiche sociali

MARTONE

(17 dicembre 2012)

DELLA SETA, FERRANTE. - *Ai Ministri dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e dell'interno.* - Premesso che:

a giudizio degli interroganti, i numeri hanno dell'incredibile: su 70.000 costruzioni abusive in Campania da abbattere, poco meno di un ter-

zo, circa 20.000 si trova nell'isola di Ischia. Per la Giunta comunale di Ischia il rimedio a questa nefandezza non è l'abbattimento degli immobili abusivi come vorrebbero il buon senso e il rispetto della legalità, ma la creazione di un nuovo assessorato con delega al condono edilizio;

tutto questo non stupisce più di tanto, fa parte della politica creativa ischitana che ha portato alla nascita di una nuova Giunta con assessori provenienti da tutti gli schieramenti e nella quale, appunto, il sindaco Ferrandino ha conferito a un assessore la delega al condono edilizio;

questo è lo scenario che emerge dalla lettura di vari quotidiani, tra cui "la Repubblica" e "Il Mattino", che in queste ultime settimane hanno dato notizia di questa alleanza trasversale rivolta ad ottenere una sanatoria edilizia *ad hoc* per l'isola;

è del tutto evidente che condonare le migliaia di abusi edilizi realizzati sull'isola di Ischia sarebbe non soltanto un regalo all'illegalità, come a quelle ecomafie che nel ciclo del cemento hanno uno dei loro principali *business*, ma anche uno schiaffo allo sviluppo futuro dell'isola. Ischia può crescere solo rispettando il paesaggio, il territorio e l'ambiente, che sono le sue ricchezze più preziose. Ischia ha già pagato un prezzo pesantissimo all'anarchia e all'illegalità edilizia. Se ci sono casi singoli di abusivi cosiddetti di necessità si affrontino con le norme e gli strumenti a disposizione, ma non attraverso un nuovo condono edilizio o la riapertura dei termini dell'ultima sanatoria del 2003,

si chiede di conoscere:

se i Ministri in indirizzo, per quanto di propria competenza, intendano immediatamente verificare se l'assegnazione di una delega specifica in una giunta comunale per il condono edilizio, cioè per una pratica oggi vietata, non violi precise norme costituzionali e legislative;

se non intendano urgentemente, anche attraverso lo stanziamento di fondi idonei e l'invio di uomini e mezzi, attivarsi per contribuire a realizzare le demolizioni degli immobili abusivi sull'isola di Ischia, affinché dopo decenni finalmente si possa dare anche in questo bellissimo territorio un forte segnale di presenza dello Stato nella lotta all'illegalità legata al ciclo del cemento e alle ecomafie.

(4-06526)

(10 gennaio 2012)

RISPOSTA. - Con l'interrogazione si chiede di verificare la regolarità dell'assegnazione, nella Giunta comunale di Ischia, di una delega per il condono edilizio e se il Ministro non intenda inviare mezzi e uomini per procedere alle demolizioni di immobili abusivi sull'isola di Ischia.

Preliminarmente è da ricordare che nella tornata elettorale del 6 e 7 maggio 2012 è stato rinnovato il Consiglio comunale di Ischia e, pertanto, sono decadute le deleghe preesistenti.

Precedentemente, con ordinanza sindacale del gennaio 2012, erano state assegnate all'assessore per l'edilizia privata e pianificazione del territorio le deleghe al condono edilizio, ai trasporti marittimi, alle pari opportunità e alle politiche giovanili. Inoltre, già nel maggio 2010 le competenze in materia di condono edilizio erano state attribuite all'allora assessore per l'edilizia privata. Nell'occasione il Sindaco aveva individuato una serie di obiettivi da realizzare entro l'anno, indicando, tra le priorità dell'assessorato, l'accelerazione degli *iter* finalizzati al rilascio dei condoni e la verifica della puntuale applicazione delle disposizioni per la repressione dell'abusivismo edilizio.

Quanto alla regolarità dell'assegnazione della delega, si ritiene che la fattispecie in esame non presenti profili d'illegittimità costituzionale, atteso che l'art. 114 della Costituzione riconosce ai Comuni autonomia statutaria e gestionale, ed il successivo art. 117, comma 6, assegna loro la "potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite".

Per quanto concerne il fenomeno dell'abusivismo edilizio, che è diffusamente presente sull'isola, il Comune non ha ancora provveduto alla definizione delle domande di condono presentate negli anni sulla base delle specifiche normative adottate dal legislatore nel tempo. In particolare, le istanze di condono edilizio in corso di valutazione sono 7.357 delle quali: 3.705 concernenti il condono previsto dalla legge n. 47 del 1985; 2.038 quelle previste dalla legge n. 724 del 1994 e 1.614 dalla legge n. 326 del 2003.

Al momento le istanze accolte sono circa 1.300 e dal mese di febbraio 2010 sono state eseguite 77 demolizioni di opere abusive.

L'esecuzione di sgomberi e le demolizioni di alloggi abusivi disposti dall'autorità giudiziaria comportano il supporto delle forze dell'ordine che, in realtà, si trasforma in un presidio permanente per l'alto dissenso manifestato contro tali misure.

Dall'inizio del 2012 sono stati effettuati 17 interventi di demolizione (di cui 2 relativi a grandi strutture alberghiere) che hanno comportato l'adozione di consistenti servizi di ordine pubblico con un impegno quotidiano di circa 30 operatori delle forze di polizia.

Più in generale, il fenomeno dell'abusivismo edilizio nella provincia di Napoli ha assunto proporzioni rilevanti, determinato anche dall'assenza di una programmazione strategica a salvaguardia del territorio. Le indagini dell'autorità giudiziaria hanno evidenziato la costruzione di interi quartieri abusivi, false lottizzazioni ed insediamenti urbani illegali, nonché il reinvestimento dei proventi delle azioni delittuose della criminalità organizzata in speculazioni edilizie.

Bisogna segnalare che tra le cause che hanno determinato lo scioglimento dei civici consessi dei Comuni campani per infiltrazione mafiosa è stata, sovente, riscontrata quella relativa al mancato contrasto all'abusivismo edilizio.

È costante l'attività di monitoraggio della Prefettura di Napoli sugli obblighi istituzionalmente posti a carico dei Comuni, ai quali compete, in via primaria, la vigilanza sull'attività urbanistico-edilizia e la conseguente repressione dell'abusivismo.

In tale contesto il Prefetto di Napoli ha dapprima invitato e, poi, formalmente diffidato il Sindaco di Forio d'Ischia a dare completa esecuzione a quanto previsto dall'art. 31 del decreto del Presidente della Repubblica n. 380 del 2001, procedendo alla demolizione, disposta dall'autorità giudiziaria, dei manufatti realizzati in assenza di titoli abitativi. Inoltre, il Sindaco è stato invitato a far pervenire alla Prefettura di Napoli, entro 15 giorni dalla data di notifica del provvedimento di diffida, un dettagliato cronoprogramma rappresentativo degli interventi demolitori, con specifica indicazione dei tempi necessari per ciascuna procedura di abbattimento.

Nell'occasione è stata richiamata anche l'attenzione sulle disposizioni normative di cui agli artt. 141 e 142 del testo unico delle norme sugli enti locali che prevedono l'adozione di provvedimenti di rigore in danno dell'amministratore resosi responsabile di gravi e reiterate violazioni di legge.

Peraltro, è stata anche sollecitata la Regione Campania a fornire un'adeguata collaborazione istituzionale, volta a consentire un'azione incisiva e sinergica contro lo scempio del territorio.

Il Sottosegretario di Stato per l'interno

RUPERTO

(10 gennaio 2013)

DELLA SETA, FERRANTE, MARINO Ignazio, PERDUCA, PORETTI, VITA, NEROZZI. - *Al Ministro dell'interno.* - Premesso che a parere degli interroganti:

dalle immagini e dalle informazioni disponibili, riportate dalle televisioni, dalle agenzie, dai siti *Internet* e dai quotidiani, relative ai gravi incendi accaduti durante le manifestazioni di mercoledì 14 novembre 2012 in particolare a Roma, emerge con chiarezza che alcuni agenti di polizia hanno agito in modo apparentemente sproporzionato ai tentativi di una parte dei manifestanti, soprattutto studenti tra cui molti adolescenti, di superare i cordoni di polizia e ai lanci di sassi e di oggetti;

ragazzi comunque disarmati, spesso molto giovani, sono stati colpiti con violenza e in un modo che purtroppo richiama alla memoria vicende drammatiche del passato;

è del tutto evidente che non sono in questione il diritto e il dovere delle Forze dell'ordine di impedire atti di aggressione e di violenza. Ciò che non è accettabile è che si finisca per mettere in atto reazioni che vanno ben al di là di questi scopi legittimi,

si chiede di conoscere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga doveroso e urgente riferire sui gravi episodi accaduti il 14 novembre 2012 in molte città d'Italia e in particolare a Roma;

se ritenga che siano stati rispettati, anche alla luce dei filmati, i protocolli previsti per questo tipo di manifestazione, se e quali misure intenda assumere, anche di tipo disciplinare, nei confronti di chi non abbia rispettato tali protocolli e come intenda riorganizzare la gestione dell'ordine pubblico anche in vista di nuove manifestazioni.

(4-08704)

(20 novembre 2012)

RISPOSTA. - Con l'interrogazione si chiede al Governo di verificare l'idoneità dei comportamenti messi in atto dalle forze dell'ordine in occasione delle manifestazioni di protesta del 14 novembre scorso.

È da premettere che la gestione dell'ordine pubblico in occasione di manifestazioni di piazza è materia delicata e complessa perché incide su vari aspetti, tutti meritevoli della più ampia considerazione e attenzione.

Viene in rilievo, intanto, la necessità che, come in ogni democrazia matura e avanzata, le persone possano liberamente manifestare il proprio pensiero, "pacificamente e senza armi" secondo l'esplicito dettato della Costituzione.

Emerge allo stesso tempo l'assoluta esigenza che gli operatori di polizia impegnati nei servizi di ordine pubblico possano svolgere il loro gravoso lavoro con la necessaria serenità, fattore condizionante di ogni attività umana rischiosa ed impegnativa.

Per dare un'idea di quanto sia impegnativa la gestione dell'ordine pubblico, basterebbe scorrere le cifre relative soltanto al 2012. Nei circa 11 mesi dell'anno sono state più di 9.000, per l'esattezza 9.318, le manifestazioni che hanno richiesto la presenza delle forze di polizia per la tutela dell'ordine pubblico. Altrettanto imponente è stato lo sforzo organizzativo che ha visto il dispiegamento, accanto alle forze territoriali, di circa 800.000 unità di rinforzo dei reparti specializzati delle forze dell'ordine.

Per 381 manifestazioni (4 per cento del totale) si sono registrate criticità più o meno acute. Tale modesta entità (non per sottovalutare il fenomeno, che peraltro segnala un aumento rispetto al 2011) è indicativa, non solo dell'impegno delle forze di polizia, ma della loro efficienza e professionalità.

È possibile, e non si può escludere aprioristicamente, che in situazioni concitate e segnate da una forte emotività, in grado anche di coinvolgere l'operatore più esperto, possano essere commessi errori ed abusi.

Non si tratta di giustificare né gli uni né gli altri, ma piuttosto di capirne le cause e di intervenire con misure di sistema non influenzate dall'attualità dei fatti.

Quanto a possibili errori tecnici, si ricorda, con riguardo alle manifestazioni avvenute a Roma il 14 novembre, che sul lancio di lacrimogeni registratosi in via Arenula nelle adiacenze del Ministero della giustizia gli accertamenti compiuti dal RIS hanno consentito di appurare, con un ridotto margine di approssimazione, che le scie luminose visibili nelle immagini sono verosimilmente conseguenti alla fase di "ricaduta" di lacrimogeni sparati da terra, pressappoco all'altezza di ponte Garibaldi, da operatori delle forze di polizia, e infrantisi sulla facciata dello stesso Ministero. Sono in corso ulteriori accertamenti volti comunque a verificare fino in fondo la correttezza sul piano tecnico dell'operato degli agenti e la sua compatibilità con le regole precauzionali che devono necessariamente accompagnare l'uso di tali dispositivi.

Riguardo a possibili abusi, è evidente che l'apprezzamento per l'operato delle forze di polizia e la riconoscenza per la loro dedizione al servizio non potrà mai essere il lasciapassare per l'uso ingiustificato, e perciò eccessivo, di una reazione violenta.

Il Sottosegretario di Stato per l'interno

DE STEFANO

(9 gennaio 2013)

FASANO. - *Al Ministro dello sviluppo economico.* - Premesso che:

è disponibile una graduatoria dell'anno 2011 delle domande di trasferimento relativa a Poste italiane, redatta secondo i criteri di cui all'accordo sindacale del 28 gennaio 2010;

essa sarà valida fino al prossimo 7 maggio 2012, data in cui saranno rese definitive le graduatorie dell'anno 2012;

considerato che il signor Ercole Verdecanna, addetto alla produzione presso il centro di meccanizzazione postale di Peschiera Borromeo (Milano), livello D, tipo di rapporto di lavoro *full time*, data di assunzione 15 settembre 2008, risulta quinto nella suddetta graduatoria, con 23.5 punti totali, nella provincia di preferenza Potenza;

tenuto conto che, nonostante la quinta posizione occupata nella graduatoria, egli non è ancora stato trasferito, come dallo stesso richiesto, presso un centro postale operativo della provincia di Potenza,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto sopra;

quali criteri siano stati considerati utili per giustificare tale mancanza di trasferimento del signor Verdecanna dalla sede del centro di meccanizzazione postale di Peschiera Borromeo a uno dei centri postali operativi in provincia di Potenza, risultando il signor Verdecanna, nella graduatoria dell'anno 2011 delle domande di trasferimento relativa a Poste italiane redatta secondo i criteri di cui all'accordo sindacale del 28 gennaio 2010, al quinto posto nella provincia di suo interesse, Potenza, e avendo quindi il diritto, prima di altri, di vedersi accordare il trasferimento richiesto;

quali azioni intenda promuovere affinché il signor Verdecanna possa ottenere il trasferimento.

(4-07369)

(2 maggio 2012)

FASANO. - *Al Ministro dello sviluppo economico.* - Premesso che:

è disponibile una graduatoria dell'anno 2011 delle domande di trasferimento relativa a Poste italiane, redatta secondo i criteri di cui all'accordo sindacale del 28 gennaio 2010;

essa sarà valida fino al prossimo 7 maggio 2012, data in cui saranno rese definitive le graduatorie dell'anno 2012;

considerato che il signor Gerardo Generoso, addetto alla produzione presso il centro di meccanizzazione postale di Peschiera Borromeo (Milano), livello D, tipo di rapporto di lavoro *full time*, data di assunzione 2 aprile 1992, risulta primo nella suddetta graduatoria, con 41.25 punti totali, nella provincia di preferenza Salerno;

tenuto conto che, nonostante la prima posizione occupata nella graduatoria, egli non è ancora stato trasferito, come dallo stesso richiesto, presso un centro postale operativo della provincia di Salerno,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto sopra;

quali criteri siano stati considerati utili per giustificare tale mancanza di trasferimento del signor Generoso dalla sede del centro di meccanizzazione postale di Peschiera Borromeo a uno dei centri postali operativi in provincia di Salerno, risultando il signor Generoso, nella graduatoria dell'anno 2011 delle domande di trasferimento relativa a Poste italiane redatta secondo i criteri di cui all'accordo sindacale del 28 gennaio 2010, al primo posto nella provincia di suo interesse, Salerno, e avendo quindi il diritto, prima di altri, di vedersi accordare il trasferimento richiesto;

quali azioni intenda promuovere affinché il signor Generoso possa ottenere il trasferimento.

(4-07370)

(2 maggio 2012)

FASANO. - *Al Ministro dello sviluppo economico.* - Premesso che a quanto risulta all'interrogante:

il signor Gerardo Generoso, addetto alla produzione presso il Centro di Meccanizzazione postale di Peschiera Borromeo (livello D, tipo di rapporto di lavoro *full time*, data di assunzione 2 aprile 1992), risulta primo, con 41.25 punti totali, nella graduatoria dell'anno 2011 delle domande di trasferimento relative alle Poste Italiane, redatta secondo i criteri di cui all'accordo sindacale del 28 gennaio 2010, relativamente alla provincia di preferenza Salerno;

tale graduatoria ha avuto validità fino al 7 maggio 2012, data in cui sono state rese definitive le graduatorie dell'anno 2012;

tenuto conto che Gerardo Generoso, nonostante la prima posizione occupata nella graduatoria indicata sopra, non è ancora stato trasferito, come dallo stesso richiesto, presso un Centro postale operativo della provincia di Salerno,

l'interrogante chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di quanto riportato e, in caso affermativo, quali criteri siano stati considerati utili per giustificare tale mancanza di trasferimento del signor Generoso dalla sede del Centro di meccanizzazione postale di Peschiera Borromeo a uno dei Centri postali operativi in provincia di Salerno, risultando il signor Generoso, nella graduatoria dell'anno 2011 delle domande di trasferimento relative alle Poste Italiane redatta secondo i criteri di cui all'accordo sindacale del 28 gennaio 2010, al primo posto nella provincia di suo interesse, Salerno, e avendo quindi il diritto, prima di altri, di vedersi accordare la richiesta di trasferimento;

quali azioni di competenza intenda promuovere affinché il signor Generoso possa, stando alla graduatoria, ottenere il trasferimento richiesto.

(4-08309)

(2 ottobre 2012)

RISPOSTA.^(*) - Si risponde congiuntamente agli atti di sindacato ispettivo 4-07369, 4-07370 e 4-08309, avendo gli stessi analogo contenuto.

Dalle informazioni acquisite presso Poste italiane risulta che la società, in data 28 gennaio 2010 ha stipulato un accordo sindacale a livello nazionale, valido per il triennio 2010-2012, con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali Slc Cgil, Slp Cisl, Uil Poste, Failp Cisl, Confisal Comunicazioni e Ugl Comunicazioni, con il quale è stata condivisa l'introduzione, in via sperimentale, di un nuovo sistema finalizzato a gestire le singole domande di trasferimento presentate dai lavoratori interessati a svolgere le proprie mansioni in una regione diversa da quella di assegnazione. L'intesa riguarda i lavoratori appartenenti ai livelli F, E, D, C, B, che possono presentare domanda esclusivamente nell'ambito dei rispettivi settori d'appartenenza. I requisiti richiesti per poter validamente presentare la domanda di trasferimento sono i seguenti: possesso di un'anzianità di servizio non inferiore ai 18 mesi; assegnazione nella stessa sede regionale per un periodo non inferiore ai 18 mesi; non superamento di 20 giorni di malattia nell'anno precedente.

Le graduatorie di riferimento vengono elaborate sulla base di punteggi predefiniti per ciascuna mansione e ciascuna provincia richiesta.

In caso di necessità, l'azienda attinge dalle suddette liste previa valutazione della disponibilità dei posti e compatibilmente con le esigenze di servizio.

L'inserimento in graduatoria, pertanto, non dà luogo al diritto al trasferimento ma rappresenta solo un criterio di selezione delle maestranze che risultano interessate a lavorare in una diversa provincia.

Ciò premesso, in merito al trasferimento dei signori Gerardo Generoso ed Ercole Verdecanna, Poste italiane ha fatto presente che nell'anno 2011 non si è registrato, nelle province di Salerno e Potenza, alcun fabbisogno occupazionale concernente le mansioni svolte dagli stessi e che, per tale motivo, non si è reso necessario procedere al loro trasferimento. Per quanto riguarda l'anno 2012, la società ha confermato che il signor Generoso ha nuovamente presentato la domanda di trasferimento e che sulla base del punteggio acquisito, si è collocato in graduatoria all'ottava posizione su 49 partecipanti. Al momento tale graduatoria non è stata ancora attivata. Per

^(*) Testo, sempre identico, inviato dal Governo in risposta alle tre interrogazioni sopra riportate.

quanto concerne, invece, il signor Verdecanna, ha riferito che il dipendente non ha potuto presentare la domanda di trasferimento per il 2012, poiché nell'anno 2011 ha effettuato 31 giorni di assenza per malattia, superando il limite previsto dall'accordo sindacale del 2010.

Il Sottosegretario di Stato per lo sviluppo economico

VARI

(21 dicembre 2012)

FILIPPI Alberto. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

in un farmaco il principio attivo è la componente più importante e farmacologicamente attiva;

l'Italia è storicamente il più importante fornitore mondiale di principi attivi farmaceutici;

la produzione italiana dei principi attivi farmaceutici colloca l'Italia tra i primi al mondo con una quota del 29 per cento del mercato globale rappresentando quindi un pilastro importante dell'economia del Paese; le imprese produttrici del farmaco non solo sono fonti dirette di ricchezza ed occupazione, ma costituiscono anche un fattore catalizzante per la crescita economica del sistema Italia, grazie agli investimenti promossi, alla propensione alla ricerca e allo sviluppo, all'indotto industriale ampio e qualificato;

produrre nel rispetto delle Good Manufacturing Practice (GMP) garantisce le misure di sicurezza del lavoratore, dell'ambiente, degli utilizzatori e dell'impatto sul territorio in termini di inquinamento;

le imprese produttrici di principi attivi italiane ed europee lavorano in stretta conformità alle direttrici stabilite dalle buone norme di fabbricazione, come espressamente previsto dall'articolo 46 della direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 6 novembre 2001, in seguito modificato dalla direttiva 2004/27/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004;

in Italia, l'osservanza di tali norme è verificata dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), l'organo istituzionale al quale l'autorità comunitaria demanda il compito di compiere nel Paese le ispezioni sui produttori di principi attivi;

l'attuale crisi economica grava sul Paese e il solo settore della produzione dei principi attivi, concentrato all'86 per cento al Nord Italia, ha un fatturato di 2.800 milioni di euro di cui ben l'87 per cento di *export*;

principi attivi provenienti da Paesi terzi non sono coperti dalle stesse garanzie e non sono sottoposti a misure di tracciabilità, come gran

parte delle esportazioni provenienti dalla Cina e dall'India, rappresentando una grave minaccia per la salute pubblica;

tra i casi di contraffazione scoperti dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il 51 per cento dei prodotti non conteneva alcun ingrediente attivo, il 17 per cento conteneva un principio attivo diverso da quello indicato in etichetta e l'11 per cento una diversa quantità. Solo nel 4 per cento dei casi i farmaci contraffatti contenevano il principio attivo della medesima qualità e nello stesso dosaggio del farmaco originale;

quando i farmaci contengono principi attivi di basso costo, la cui qualità non soddisfa gli *standard* minimi di sicurezza, possono essere presenti impurità di sintesi o prodotti di degradazione potenzialmente tossici, o solventi residui derivanti dai processi di produzione, in quantità superiori a quelle consentite;

le aziende che producono principi attivi nel pieno rispetto delle GMP e delle indicazioni presenti sull'autorizzazione si troveranno nel mercato in una posizione molto svantaggiata nei confronti di chi non rispetta le regole, minando anche l'elevata professionalità del personale, dello sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche, della qualità ed affidabilità dei prodotti, che costituiscono fattori vincenti che mettono le aziende italiane in una posizione di prestigio sullo scenario internazionale;

la legislazione italiana, eccessivamente burocratizzata, in sede di recepimento delle direttive 2001/20/CE e 2005/28/CE, presenta una rilevante discrepanza con gli altri Paesi dell'Unione europea (UE) ed extra UE e comporta una grave distorsione del mercato e una perdita ingiusta e assurda, proprio in un momento di congiuntura economica particolarmente grave, momento in cui la politica virtuosa dovrebbe aiutare quanto più possibile e non danneggiare inutilmente la crescita del prodotto interno lordo nazionale;

lo stesso Direttore generale dell'Associazione italiana dei produttori di principi attivi per il mercato del farmaco generico (CPA), dottor Marcello Fumagalli, e a nome del suo presidente Alberto Mangia, chiede in una lettera datata 9 novembre 2009, all'attenzione del Ministro, un pronto e soddisfacente rimedio in merito;

già nel giugno 2009 il dottor R. Pighi dell'Associazione farmaceutici industria (AFI) ha posto all'attenzione la problematica in questione come punto da discutere al tavolo tecnico, aperto da ormai più di un anno con l'AIFA, al 49° Simposio AFI presso il Palacongressi di Rimini;

la direttiva 2001/83/CE, come modificata dalla direttiva 2004/27/CE, stabilisce che solo la produzione ed il commercio di medicinali necessita dell'autorizzazione; in particolare per i medicinali destinati a sperimentazione, l'autorizzazione è disciplinata dalle direttive 2001/20/CE e 2005/28/CE;

l'AIFA ha adottato un'interpretazione restrittiva del combinato disposto degli artt. 1; 2, commi 3 e 4; 3, comma 1, lettera *c*); 58 e 59, comma 1, lettera *a*), del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, di recepimento

delle direttive 2001/83/CE recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, e 2003/94/CE della Commissione, dell'8 ottobre 2003, sull'autorizzazione necessaria per la produzione dei medicinali sperimentali per uso umano;

la legislazione italiana sottopone i produttori di principi attivi sperimentali o commerciali all'obbligo di autorizzazione, stessa procedura che si impone per mettere in commercio un principio attivo; tale disciplina non trova fondamento nella normativa comunitaria, recepita dagli altri Paesi, che prevede un obbligo di "comunicazione" invece che di "autorizzazione";

l'AIFA ha infatti interpretato la disposizione di cui all'articolo 58 del decreto legislativo n. 219 del 2006 nel senso che ogni singolo prodotto sperimentato è soggetto ad autorizzazione;

a livello comunitario i produttori di principi attivi sperimentali (o commerciali) possono prescindere da tale preventiva procedura amministrativa, in quanto la responsabilità del controllo per il rispetto delle GMP (Good Manufacturing Practice) è di competenza dell'utilizzatore finale, ovvero del produttore del medicinale;

nelle visite ispettive ricorrenti da parte dell'AIFA, i produttori italiani di materie prime farmacologicamente attive sono stati oggetto di osservazioni classificate come "deviazioni maggiori" all'applicazione delle norme di buona fabbricazione, nella maggioranza dei casi quando tali produzioni erano effettuate per conto di multinazionali estere che avevano scelto come fornitori i produttori italiani del settore in quanto riconosciuti universalmente per la loro elevata qualità ed affidabilità;

per uso sperimentale clinico sull'uomo sono contemplate anche le prove di bioequivalenza come condizione *sine qua non* per iniziare la registrazione dei farmaci "generici", anche noti come "farmaci equivalenti"; sono oggetto delle medesime autorizzazioni anche le produzioni effettuate nei centri di ricerca farmacologica su nuove molecole;

nel 2008 è stato accolto dal Governo, in sede di esame del disegno di legge n. 1209 (legge finanziaria per il 2009), l'ordine del giorno G3.227, sottoscritto dall'interrogante, in cui si chiedeva un impegno a valutare l'opportunità di adottare un provvedimento di interpretazione autentica in relazione al combinato disposto degli articoli 2, 3, 58 e 59 del decreto legislativo n. 219 del 2006 che, in coerenza con quanto previsto dalla normativa comunitaria, escludesse i principi attivi farmaceutici sperimentali ad uso umano dal campo di applicazione dell'autorizzazione di cui all'art. 13 del decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, e del titolo IV, capo II, del decreto legislativo n. 219 del 2006,

si chiede di sapere:

in quale modo il Governo intenda dar seguito al richiamato ordine del giorno G3.227 al disegno di legge n. 1209;

in quale modo intenda intervenire a difesa del settore, motore trainante dell'economia italiana, che si vede penalizzato da interpretazioni normative;

in che modo le finalità recate nelle premesse alla direttiva 2004/27/CE, ovvero l'incentivazione ad una maggiore diffusione dei farmaci "generici" e la loro libera circolazione nel territorio dell'Unione europea, potranno essere perseguite da tutti con pari opportunità;

in che modo i produttori di principi attivi farmaceutici potranno competere con la concorrenza europea ed extraeuropea nei termini di lavorazioni di ricerca per conto di terzi;

in che modo i centri di ricerca di multinazionali potranno rimanere legati al territorio italiano, in considerazione del fatto che, in quanto multinazionali, sono incentivate ad investire negli altri Stati che hanno correttamente recepito quanto disposto dalle norme comunitarie, rispetto a quanto potranno fare in Italia, unico Paese che ha disciplinato con ingiuste penalizzazioni la materia;

quali iniziative di competenza il Governo intenda promuovere affinché la legislazione italiana dia effettiva attuazione alla normativa comunitaria, nel rispetto della richiamata dichiarazione del Parlamento europeo sui principi attivi n. 61 del 2006, che richiede ispezioni obbligatorie da parte di autorità europee presso i produttori situati in Paesi con *standard* qualitativi inferiori a quelli vigenti nell'Unione europea, nonché la tracciabilità del principio attivo, con evidenza sulla confezione dei medicinali.

(4-06299)

(29 novembre 2011)

RISPOSTA. - In merito alla disciplina normativa concernente i principi attivi, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha precisato che la normativa comunitaria attualmente vigente in materia di medicinali per uso umano, fondata sulla direttiva 2001/83/CE recante un codice comunitario in materia, prevede, tra l'altro, che i principi attivi utilizzati per la produzione di medicinali vengano fabbricati secondo le norme di buona fabbricazione (*good manufacturing practices*, GMP) e, di conseguenza, che i produttori di medicinali debbano usare solo principi attivi prodotti in conformità con queste norme. Tale direttiva, inoltre, non si esprime espressamente in ordine all'obbligo o meno di procedere alle ispezioni nei confronti delle imprese produttrici di principi attivi site nell'Unione europea, o al di fuori, lasciando agli Stati membri ampia discrezionalità in relazione alle modalità di verifica dell'effettiva osservanza delle norme di buona fabbricazione (BNF).

La direttiva è stata recepita ed attuata, in Italia, con il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, il quale, al fine di garantire una migliore qualità dei principi attivi prodotti e importati e, quindi, di verificare

l'osservanza delle norme BNF/GMP, prescrive che tutte le officine, impegnate in tali attività, siano sottoposte ad autorizzazione e ad ispezioni periodiche.

Il rispetto delle norme di buona fabbricazione è, infatti, essenziale per garantire la qualità e l'efficacia terapeutica del principio attivo. Molteplici studi scientifici condotti nel corso degli anni sulle problematiche relative alla sicurezza dei farmaci per uso umano hanno stabilito che i problemi connessi alla qualità di farmaci e di principi attivi sono, inevitabilmente, fonte di rischio per la salute umana.

Allo scopo di garantire qualità ed affidabilità dei principi attivi prodotti e importati, l'Aifa promuove, in qualsiasi momento, anche senza preavviso, ispezioni periodiche nei confronti delle officine che producono e/o importano principi attivi, ai sensi degli art. 54, comma 2, e art. 100, comma 4, del citato decreto legislativo. Il legislatore italiano ha, infatti, disposto che il titolare dell'autorizzazione alla produzione è tenuto a conformarsi ai principi e alle linee guida dettagliate sulle norme di buona fabbricazione delle materie prime (art. 51, lett. e)).

Con particolare riguardo alle autorizzazioni di medicinali per la sperimentazione clinica, ulteriori aspetti appaiono puntualizzati da successive direttive comunitarie, recepite in Italia: in particolare, la direttiva 2001/20/CE, recepita con il decreto legislativo del 24 giugno 2003, n. 211, e la direttiva 2005/28/CE, recepita con il decreto legislativo del 6 novembre 2007, n. 200.

Tra l'altro, tali provvedimenti normativi statuiscono l'obbligo dell'autorizzazione, da parte dell'autorità competente, per la fabbricazione e l'importazione di medicinali per la sperimentazione clinica, nonché l'obbligo, in capo al titolare dell'autorizzazione alla produzione, di disporre in maniera permanente e continua di un'apposita persona qualificata, riferibile all'ex direttore tecnico.

Inoltre, la direttiva dell'8 giugno 2011, 2011/62/EU del Parlamento europeo e del Consiglio (meglio nota come "direttiva anticontraffazione"), "modifica la direttiva 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale".

La nuova direttiva, in fase di recepimento a cura dei vari Stati membri, avrà indubbiamente un notevole impatto sull'attività di controllo esercitata dalle autorità regolatorie europee nell'ambito della produzione ed importazione di principi attivi, in quanto statuisce che i produttori e gli importatori di principi attivi debbano essere obbligatoriamente registrati presso le autorità regolatorie nazionali, le quali, pertanto, dovranno sviluppare un adeguato sistema di valutazione delle officine di produzione e degli importatori di principi attivi che includa anche le attività ispettive.

Dall'esame della direttiva 2011/62/EU emerge come, in realtà, la normativa nazionale, finalizzata ad una maggiore attenzione verso la tutela della salute pubblica, ne abbia percorso i tempi, anticipandone entità e mo-

dalità di attuazione delle misure di controllo sulle officine di produzione ed importazione di principi attivi, con innegabili effetti preventivi sull'affidabilità dei prodotti farmaceutici.

Si consideri, a tal riguardo, il dettato di cui agli artt. 46-ter e 52-bis della direttiva 2011/62/UE. Il primo, infatti, prescrive che gli Stati membri prendano le opportune misure affinché la fabbricazione, l'importazione e la distribuzione sul loro territorio delle sostanze attive, incluse quelle destinate all'esportazione, siano conformi alle buone prassi di fabbricazione, nonché alle buone prassi di distribuzione delle sostanze attive. Il secondo prescrive l'obbligo della registrazione presso l'autorità competente dello Stato membro di appartenenza da parte di importatori, fabbricanti e distributori di sostanze attive. Non è un caso, del resto, che molte multinazionali estere scelgono come fornitori i produttori italiani del settore, in quanto riconosciuti per la loro elevata qualità ed affidabilità.

La fama, di risonanza internazionale, in termini di affidabilità e sicurezza che caratterizza la qualità dei principi attivi prodotti in Italia, è la naturale conseguenza della normativa nazionale, il cui rispetto è costantemente supervisionato dall'autorità regolatoria italiana, ovvero dall'Aifa. Ciascuna delle officine produttrici di principi attivi è stata, infatti, regolarmente ispezionata fin dal 1991, e tale regolare e consolidata attività di vigilanza costituisce, indubbiamente, una garanzia sia per i consumatori sia per le autorità regolatorie dei Paesi esteri, a cui vengono presentate le domande di autorizzazione all'immissione in commercio.

Per quanto riguarda l'esclusione dei principi attivi farmaceutici sperimentali ad uso umano dal campo di applicazione dell'autorizzazione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, e del Titolo IV, Capo II, del decreto legislativo n. 219 del 2006, l'Aifa ha ritenuto opportuno formulare alcune precisazioni.

L'autorizzazione propedeutica alla sperimentazione clinica di fase 1, che si pone l'obiettivo di fornire una prima valutazione della sicurezza e tollerabilità del medicinale, laddove le officine dispongano già di un'autorizzazione GMP (ovvero della certificazione di conformità alle norme di buona fabbricazione dei medicinali), potrebbe essere sostituita con un semplice obbligo di notifica all'autorità competente.

Tale semplificazione potrebbe maturare dalla considerazione che in tale fase, in realtà, vengono preparate quantità piuttosto esigue di prodotto, ed in ogni caso il processo di produzione non costituisce, in linea di massima, quello definitivo, comportando in tal modo un sensibile alleggerimento delle procedure relative alla produzione di principi attivi, destinati alla fase iniziale della sperimentazione clinica.

Per quanto concerne i principi attivi destinati alle sperimentazioni cliniche di fase 1 (terapeutico-esplorativa) e fase 3 (terapeutico-confermatoria), appare più ragionevole tenere ferma la necessità di richiedere l'autorizzazione. In tali fasi sperimentali, infatti, le quantità di prodotto impiegato sono molto più elevate, così come il numero dei pazienti coinvol-

ti, e una più pregnante attività di controllo equivale ad una maggiore garanzia di tutela della salute pubblica. Del resto, la procedura per emettere autorizzazioni alla produzione di principi attivi per uso sperimentale è più rapida di quella adottata nel caso di principi attivi destinati al commercio, in quanto i requisiti per tali produzioni risultano meno stringenti.

La difesa del settore farmaceutico avviene, principalmente e a prescindere dalle generali regole di mercato, mediante la predisposizione di efficaci cautele volte a garantire la sicurezza dei farmaci per uso umano, in quanto la qualità dei farmaci e quella dei principi attivi sono, inevitabilmente, fonte di rischio per la salute umana.

Le discrepanze presenti, attualmente, a livello internazionale in materia di regolamentazione della produzione e importazione di principi attivi saranno ridotte a seguito del recepimento da parte degli Stati membri della direttiva "anticontraffazione" 2011/62/EU, il cui termine ultimo di recepimento cadrà in data 2 luglio 2013. In particolare, il recepimento degli articoli 46-ter e 52-bis renderà, infatti, omogenei e più efficaci i controlli in tutti gli Stati membri europei nell'ambito della produzione ed importazione di principi attivi.

Le interpretazioni normative rese dal legislatore italiano, in senso più garantista per la tutela della salute pubblica, saranno estese a vantaggio dei cittadini di tutti i Paesi membri.

Dal momento che l'Italia, nell'ambito dell'attuale percorso normativo, ha anticipato temporalmente profili di tutela più elevati e garantisti, l'implementazione della direttiva sortirà un effetto limitato, considerato anche l'attuale orientamento dell'autorità regolatoria italiana.

È importante sottolineare, in proposito, che se la qualità dei principi attivi prodotti in Italia gode di un riconoscimento unanime e di un'altissima reputazione a livello internazionale, ciò appare riferibile anche alla costante e scrupolosa supervisione dell'Aifa. Tutte le officine produttrici di principi attivi, esistenti nel territorio nazionale, sono state, infatti, regolarmente ispezionate fin dal 1991, e ciò costituisce sicuramente un indice di grande affidabilità agli occhi sia di potenziali clienti sia delle autorità regolatorie degli altri Paesi, europei ed extraeuropei, in cui verranno attivate le procedure di valutazione per il rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

Per quanto concerne la diffusione e la circolazione dei farmaci generici nel territorio dell'Unione europea, l'Aifa autorizza, nel rispetto della normativa in vigore, i farmaci generici che abbiano dimostrato di possedere (ai sensi dell'art. 10, del decreto legislativo n. 219 del 2006 in attuazione della direttiva 2001/83/CE e successive direttive di modifica) la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento, nonché una bioequivalenza con il medicinale di riferimento dimostrata da studi appropriati di biodisponibilità, mediante un procedimento semplificato.

Il medicinale generico è definito equivalente ai sensi dell'articolo 1-*bis* del decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 149. Se il medicinale non rientra nella definizione di medicinale generico di cui al comma 5, lettera *b*), o se non è possibile dimostrare la bioequivalenza con studi di biodisponibilità, oppure in caso di cambiamenti delle sostanze attive, delle indicazioni terapeutiche, del dosaggio, della forma farmaceutica o della via di somministrazione, rispetto a quelli del medicinale di riferimento, il richiedente è tenuto a fornire i risultati delle prove precliniche o delle sperimentazioni cliniche appropriate.

I prezzi dei generici autorizzati in Italia appaiono in linea con il valore applicato negli altri Paesi europei. Nella consapevolezza che la leva del prezzo non può essere l'unico strumento per incentivarne la diffusione, il Governo sta lavorando con l'intera filiera del farmaco per diffondere l'uso dei generici in quanto strumento imprescindibile per garantire la sostenibilità economica del sistema.

Sulla scorta dell'esperienza degli altri Paesi europei, quali Inghilterra, Germania, Francia, si è cercato di realizzare un abbattimento del prezzo. Basti ricordare la manovra sui generici attuata dall'Aifa, in applicazione del decreto-legge n. 78 del 2010, recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e competitività", operazione condivisa con le Regioni, che hanno ritenuto prioritario agire in questa direzione.

La mancanza di informazioni corrette, unitamente alla tradizionale affezione italiana al "*brand*" frena, tendenzialmente, lo sviluppo dell'utilizzo dei farmaci generici. Questi ultimi sono, in realtà, assolutamente equivalenti, efficaci e sicuri al pari degli "*originator*".

L'Aifa, pertanto, promuove politiche e campagne informative volte ad incentivare una maggiore diffusione dei farmaci generici. La prima campagna di comunicazione promossa nel 2007, dal titolo "Usa bene i farmaci. Farmaci equivalenti un vantaggio per tutti", ha riguardato prioritariamente i farmaci equivalenti ed il loro corretto uso. La campagna si proponeva di favorire la diffusione della più ampia informazione su tali temi, per sensibilizzare i cittadini sulle scelte più corrette, al fine di preservare la propria salute. Gli obiettivi principali miravano a restituire al farmaco equivalente la propria "identità", sottolineandone la pari efficacia, qualità e sicurezza rispetto al corrispondente farmaco "di marca" e evidenziandone la bioequivalenza rispetto alle relative specialità medicinali. Allo stesso tempo e più in generale, si proponeva di promuovere un uso appropriato dei medicinali, relativamente sia alla loro prescrizione sia al loro consumo.

Recentemente, è partita la seconda edizione della campagna informativa sul farmaco generico-equivalente "Salute a tutti", promossa da Assogenerici, l'associazione che riunisce i produttori di farmaci equivalenti in Italia, con il patrocinio dell'Aifa. L'iniziativa punta ad informare i cittadini sui farmaci equivalenti, spiegando che i criteri di qualità, sicurezza ed efficacia garantiti dai produttori di questi ultimi sono identici a quelli dei

corrispondenti farmaci di marca, che in Europa rappresentano da tempo la quota maggioritaria delle prescrizioni. Infatti, i produttori italiani considerano da sempre la qualità dei loro principi attivi, quale elemento fondamentale di competitività.

Nonostante la concorrenza dei produttori extracomunitari che entrano nel mercato esibendo il solo CEP (certificate of european pharmacopoeia), da sempre l'obiettivo della normativa italiana e, conseguentemente, dei produttori stessi, è quello di raggiungere, attraverso una coscienziosa attenzione allo sviluppo tecnologico e una rigorosa applicazione delle norme vigenti, un elevato livello nella qualità dei propri prodotti a tutela del proprio mercato, e soprattutto a garanzia della salute del cittadino.

Per quanto riguarda la dichiarazione n. 61 del 2006 sui principi attivi farmaceutici, presentata il 30 novembre 2006 durante la sessione plenaria del Parlamento europeo a Bruxelles, occorre precisare che essa non è mai stata recepita da alcuna direttiva comunitaria o altra diversa disposizione normativa. Il documento, al fine di prevenire efficacemente qualsiasi rischio alla salute dei consumatori, sollecitava l'introduzione di ispezioni obbligatorie ai siti produttivi, per rilasciare in seguito alle quali al produttore e all'importatore di principi attivi un certificato di buona prassi di fabbricazione da parte delle autorità europee, nonché l'introduzione della tracciabilità del principio attivo per disincentivare la rietichettatura o il riconfezionamento dei prodotti extracomunitari a maggiore tutela della salute pubblica.

Tuttavia, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo n. 219 del 2006, il nostro Paese si è già in parte conformato a quanto proposto dal Parlamento europeo, prevedendo che in occasione di un'eventuale ispezione da parte dell'Aifa presso il titolare di un'autorizzazione alla produzione o presso il richiedente di un'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) italiana per un medicinale, tali soggetti siano tenuti a rendere disponibile un certificato di conformità alle norme di buona fabbricazione per le materie prime anche importate da Stati terzi. Il certificato deve, inoltre, essere rilasciato all'officina di produzione della sostanza attiva, anche se situata al di fuori dell'Unione, dalle Autorità competenti di un qualsiasi Stato membro.

La *ratio* della disposizione legislativa è quella di garantire che anche le materie prime, importate da Stati terzi, siano effettivamente prodotte secondo le norme di BNF/GMP e, quindi, con modalità sicure per la salute umana.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(28 dicembre 2012)

FILIPPI Alberto. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

nello stabilimento di Correzzana (Monza e Brianza), di proprietà della multinazionale Harlan, sono già arrivati 104 macachi provenienti dalla Cina e destinati alla sperimentazione in laboratorio;

in seguito ad un *blitz* nel 2006 nello stabilimento di Correzzana, si è venuti a conoscenza di una situazione sconvolgente in violazione di qualsiasi norma igienico-sanitaria e di benessere degli esemplari utilizzati per la vivisezione, come le numerose carcasse conservate nei frigoriferi del laboratorio, e soprattutto i numerosi macachi trovati in condizioni squallide, tra sangue e feci;

per preparare gli animali alla sperimentazione, questi subiscono ogni genere di maltrattamento e di barbarie, come il taglio chirurgico delle corde vocali per evitare gli schiamazzi provocati dalle atroci sofferenze subite,

si chiede di sapere:

in che modo e da chi venga autorizzata la "preparazione" alla sperimentazione degli animali;

quante autorizzazioni siano state concesse dal Ministero nel corso degli anni 2010-2012;

se il Ministro in indirizzo non ritenga verificare la veridicità del limite annuale di circa 460 primati utilizzati per fini scientifici e sperimentali, come sostenuto dal Ministero, e la provenienza degli animali.

(4-07103)

(15 marzo 2012)

RISPOSTA. - L'impiego di primati non umani ai fini sperimentali, in Italia, è disciplinato dal decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 116, il quale lo subordina ad una specifica autorizzazione concessa dal Ministero, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera *b*). Esso, inoltre, avviene solamente presso stabilimenti utilizzatori autorizzati dal Ministero ai sensi dell'articolo 12.

Per tutti gli esperimenti che ricadono nell'ambito della specifica autorizzazione ministeriale, trattandosi di progetti che richiedono una valutazione complessa sotto il profilo tecnico-scientifico in ordine all'indispensabilità dell'esperimento, alla non esistenza di metodi alternativi ed all'inutile ripetizione di esperimenti, il Ministero si avvale del parere, previo preventivo esame, dell'Istituto superiore di sanità.

Per quanto concerne le autorizzazioni per l'importazione, si evidenzia che gli stabilimenti che intendono importare primati non umani in Italia devono presentare, *in primis*, apposita istanza di autorizzazione al Mi-

nistero ai sensi del decreto legislativo n. 633 del 1996 (articolo 13) per il riconoscimento delle strutture di destinazione come organismo, istituto o centro ufficialmente riconosciuto. Le strutture devono essere regolarmente autorizzate quali stabilimenti di allevamento e di fornitura di animali destinati alla sperimentazione scientifica ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo n. 116 del 1992, che prevede apposita autorizzazione da parte dei Comuni e lo svolgimento della vigilanza veterinaria da parte del servizio veterinario della ASL.

In base alla sussistenza di tutti i requisiti evidenziati, il Ministero, a seguito di apposita e circostanziata istanza da parte della ditta interessata, autorizza specificatamente l'importazione da un determinato Paese di un numero contingentato di animali e per un periodo di tempo definito. L'autorizzazione prevede anche la certificazione sanitaria di scorta degli animali che deve essere redatta e rilasciata dall'autorità competente del Paese terzo di provenienza e la quarantena a destino.

Per quanto riguarda le autorizzazioni all'importazione di primati non umani, concesse alla ditta Harlan laboratories, si ribadisce che le stesse sono state rilasciate nel rispetto della normativa vigente.

Dalle ispezioni condotte sia dal comando carabinieri per la tutela della salute - nuclei antisofisticazioni e sanità (NAS) presso gli stabilimenti della ditta sia dagli ispettori ministeriali presso il posto di ispezione frontiera di Fiumicino, non sono emerse irregolarità in merito alle autorizzazioni concesse, alle procedure previste e alla tutela del benessere degli animali.

Per quanto riguarda il riferimento ad un numero massimo di 460 di primati non umani che può essere utilizzato in Italia all'anno, tale dato appare estrapolato dal numero di primati non umani utilizzati in Italia nel 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, serie generale, n. 53 del 5 marzo 2011 e facente riferimento al triennio 2007-2009.

È opportuno precisare che i dati pubblicati in *Gazzetta Ufficiale* si riferiscono al numero di animali utilizzati all'anno e sono trasmessi dagli stabilimenti utilizzatori autorizzati e, quindi, soggetti a variabilità.

Per quanto riguarda il triennio 2010-2012, risultano essere stati autorizzati progetti di ricerca con l'impiego di primati non umani: 10 per il 2010; 16 per l'anno 2011; 3 per il 2012 (aggiornamento al mese di luglio).

Si ricorda, da ultimo, che il decreto legislativo n. 116 del 1992, all'articolo 6, comma 5, recita testualmente "È vietato eseguire sugli animali interventi che li rendano afoni ed è altresì vietato il commercio, l'acquisto e l'uso per esperimenti di animali resi afoni": a tal proposito, si sottolinea che non sono state rilevate simili irregolarità da parte dei NAS nel corso delle ispezioni.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

CARDINALE

(28 dicembre 2012)

FILIPPI Alberto. - *Ai Ministri della salute e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* - Premesso che:

una recente ispezione compiuta dagli agenti della Polizia provinciale di Monza e Brianza ha portato per lo stabilimento di Correzzana (Monza e Brianza), di proprietà della multinazionale Harlan, ad una denuncia penale al Tribunale di Monza per "smaltimento illegale di rifiuti speciali pericolosi", ovvero di "rifiuti ospedalieri";

gli agenti hanno colto i responsabili della Harlan in flagranza di reato, constatando che le carcasse di animali, in particolare roditori, venivano soppressi, inceneriti e smaltiti come un innocuo rifiuto urbano, a seguito di esperimenti che prevedono l'inoculazione di sostanze chimiche e principi attivi;

le cavie sottoposte ad esperimenti, possedendo sostanze pericolose nel sangue (farmaci, principi attivi, sostanze chimiche eccetera), una volta sopresse devono essere gestite come "rifiuto ospedaliero", o come "rifiuti speciali pericolosi" e affidati a ditte specializzate;

la Harlan conferiva le carcasse di animali come semplici "rifiuti urbani", classificandoli come "lettiere";

tale condotta è sanzionata penalmente e i responsabili di Harlan Italy affronteranno ora un processo in base al decreto legislativo n. 152 del 2006 in materia di gestione dei rifiuti pericolosi successive modifiche;

nello stabilimento sono arrivati durante il mese di febbraio 2012 numerosi macachi provenienti dalla Cina e destinati alla sperimentazione in laboratorio,

si chiede di sapere quali siano la motivazione ed il luogo dell'eventuale spostamento degli esemplari di macaco giunti alla Harlan, che secondo le dichiarazioni dei responsabili dello stabilimento non sarebbero stati più destinati alla sperimentazione.

(4-07696)

(13 giugno 2012)

RISPOSTA. - La ditta Harlan laboratories srl, sede di Correzzana (Monza e Brianza), è autorizzata come stabilimento di allevamento e fornitore di animali ai fini sperimentali ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 116.

Tale autorizzazione è stata rilasciata da parte del Sindaco di Correzzana in data 21 aprile 2009 ed aggiornata in data 24 agosto 2011.

Il servizio veterinario della ASL competente per territorio garantisce la vigilanza permanente sullo stabilimento dove risiedono gli animali, sulla persistenza dei requisiti di sanità animale e di benessere, nonché sul rispetto delle procedure di fornitura degli animali.

Per quanto riguarda le autorizzazioni all'importazione di primati non umani, concesse alla ditta, si sottolinea che le stesse sono state rilasciate nel rispetto della normativa vigente.

Dalle ispezioni condotte, nel febbraio 2012, dal comando carabinieri per la tutela della salute - nuclei antisofisticazioni e sanità (NAS) presso gli stabilimenti della ditta e dagli ispettori ministeriali presso il posto di ispezione frontiera di Fiumicino, non sono emerse irregolarità in merito alle autorizzazioni concesse, alle procedure previste e alla tutela del benessere degli animali.

Riguardo ai dati richiesti relativi alla destinazione degli animali importati dalla Harlan e ai protocolli sperimentali nei quali eventualmente essi saranno impiegati, si precisa che tali dati sono in possesso della ditta e sottoposti alla vigilanza e al controllo del servizio veterinario della ASL competente per territorio e, pertanto, si è provveduto a farne richiesta.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

CARDINALE

(28 dicembre 2012)

FLERES. - *Al Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport.* - Premesso che:

i 4.000 aspiranti a ricoprire il ruolo di guide turistiche in Sicilia dovranno aspettare ancora, almeno un altro anno, perché il concorso per l'abilitazione a tale professione è stato sospeso dal Tar Sicilia fino a maggio 2013;

il Tar ha accolto il ricorso di 10 guide turistiche già abilitate che contestavano la mancata attivazione di corsi d'aggiornamento da parte dell'Assessorato come previsto dall'articolo 3 della legge regionale n. 8 del 2004, e la conseguente impossibilità ad iscrizione all'albo regionale senza ulteriori esami;

la Confederazione italiana archeologi, in un comunicato stampa, ha espresso grande delusione per l'ordinanza del Tar Sicilia in merito all'accoglimento della domanda di sospensione del procedimento di verifica del possesso dei requisiti di qualificazione per la professione di guida turistica e

ha espresso la massima solidarietà nei confronti di gruppi spontanei di "aspiranti guide turistiche" che hanno recentemente intrapreso azioni di protesta e di sensibilizzazione delle istituzioni coinvolte, anche attraverso una raccolta di firme,

si chiede di conoscere:

se il Ministro in indirizzo non intenda intervenire affinché vengano trovate soluzioni tecnico-amministrative che consentano lo sblocco dell'*iter* del provvedimento e che permettano, quanto prima, all'accertamento delle competenze per i laureati in discipline umanistiche;

se non ritenga che la sospensione del provvedimento da parte del Tar Sicilia determini una situazione grave per i 4.000 giovani non ancora abilitati e che si vedono negata la possibilità di accedere alla professione.

(4-07416)

(9 maggio 2012)

RISPOSTA. - Da decenni l'abilitazione all'esercizio della professione di guida turistica è una competenza della Regione o Provincia, se delegata.

La legge regionale n. 8 del 2004 della Regione Siciliana prevede l'abilitazione per ambiti interprovinciali. In applicazione della citata normativa con DA n. 47 del 10 agosto 2011 sono state determinate le modalità di svolgimento delle verifiche del possesso dei requisiti di qualificazione per l'esercizio della professione di guida turistica.

Con varie sentenze del 2012, il TAR Sicilia, sezione di Catania, e poi la sezione I di Palermo, accogliendo i relativi ricorsi, ha annullato i provvedimenti dell'amministrazione regionale con i quali si limitava l'esercizio della professione di guida entro gli ambiti autorizzati. Da ultimo con l'ordinanza n. 190/2012 del TAR Sicilia, sezione I di Palermo, è stata sospesa l'esecuzione del decreto del direttore generale n. 1880 del 29 novembre 2011, di approvazione degli avvisi relativi alle verifiche del possesso dei requisiti di qualificazione per l'esercizio della professione di guida turistica, per le quali sono state presentate circa 3.000 istanze.

L'amministrazione regionale ha, pertanto, ritenuto di doversi adeguare alle superiori pronunce giurisdizionali, disapplicando le norme regionali incompatibili, e per l'effetto modificare sia il DA n. 47/2011 che il decreto del direttore generale n. 1880/2011.

In conseguenza di ciò: 1) le verifiche, per quanto concerne l'accertamento del possesso delle conoscenze del territorio, riguarderanno l'intera Regione e non saranno limitate ai singoli comprensori; 2) allo stato attuale e nelle more di un riordino della materia da parte del legislatore nazionale, le guide in possesso dei titoli di abilitazione per l'esercizio della

professione di guida turistica potranno esercitare l'attività sull'intero territorio della regione senza necessità di sottoporsi ad alcuna verifica (ad eccezione dell'estensione linguistica) e senza necessità di alcuna preventiva comunicazione; 3) la procedura bandita con il decreto del direttore generale 1880/2011 resta valida in ogni sua parte ad eccezione degli ambiti territoriali di competenza che non saranno più limitati ai comprensori di cui all'art. 2 della legge regionale n. 8 del 2004, bensì l'ambito territoriale di esercizio della professione sarà esteso a tutto il territorio regionale, così come l'accertamento delle relative competenze; 4) sono, pertanto, fatte salve le domande presentate e le verifiche per l'accertamento dei requisiti professionali riguarderanno l'intero territorio della Sicilia.

Il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport

GNUDI

(28 dicembre 2012)

GARAVAGLIA Mariapia, ANDRIA, ARMATO, PINOTTI. - *Ai Ministri degli affari esteri, della difesa e per la cooperazione internazionale e l'integrazione.* - Premesso che:

un attentatore suicida a Maidan Shahr, capoluogo della provincia afghana di Maidan Wardak, ha causato la morte di almeno 3 persone, il ferimento di altre 60 e la distruzione di un pronto soccorso dell'organizzazione non governativa (ong) italiana Emergency (si veda "La Stampa" del 23 novembre 2012);

l'ong ha indicato che la deflagrazione ha provocato la distruzione della struttura sanitaria destinata all'assistenza delle emergenze e il ferimento di due membri del personale infermieristico. Sempre secondo Emergency, 24 feriti, di cui 4 bambini, sono stati portati all'ospedale dell'ong di Kabul. Uno dei bambini è giunto morto, 10 feriti sono stati operati, gli altri sono stati dimessi dopo le medicazioni;

in Afghanistan sono presenti anche altre organizzazioni italiane impegnate in programmi della cooperazione italiana, in accordo con le finalità stabilite dalla legge istitutiva 26 febbraio 1987, n. 49, che operano per migliorare concretamente le condizioni di vita delle popolazioni con interventi a breve, medio e lungo termine finalizzati soprattutto al sostegno diretto delle comunità;

considerato che, pur rimanendo la sicurezza un valore di riferimento, essa non sarà mai assoluta in un teatro di guerra come è l'Afghanistan e, di conseguenza, una ragionevole dose di rischio è inevitabile da parte di chi vi si reca liberamente come operatore allo sviluppo,

si chiede di sapere:

di quali elementi e informazioni disponga il Governo in merito alle condizioni di sicurezza in cui operano le ong italiane;

se e quale contributo fornisca la missione italiana alla sicurezza delle organizzazioni umanitarie operanti in Afghanistan;

quali siano gli sviluppi della missione in Afghanistan e se vi sia stato un cambiamento del quadro in cui opera il contingente italiano.

(4-08777)

(29 novembre 2012)

RISPOSTA. - Il contingente italiano della missione in Afghanistan consta di circa 3.700 unità, il quarto per consistenza numerica dopo quelli di Stati Uniti (68.000), Regno Unito (circa 10.200) e Germania (circa 4.700). Il contingente nazionale, che nel quadro Isaf offre un importante ed apprezzato contributo alla sicurezza del Paese, è schierato nelle aree delle città di Kabul ed Herat. Nell'area di Kabul i nostri uomini sono presenti nello *staff* del comando dell'operazione, denominato Isaf joint command HQ, con personale dell'Esercito. Nell'area di Herat (ove sono presenti circa 3.300 effettivi) l'Italia detiene il comando di un contingente nazionale interforze presente presso il Regional command west (competente per le province di Herat, Ghor, Badghis e Farah). Il nostro Paese, inoltre, nell'ambito della Nato training mission - Afghanistan (NTM-A), è impegnata a Shindand con l'Aeronautica militare per l'addestramento di piloti e specialisti dell'aviazione afghana, e ad Herat con carabinieri nell'addestramento della polizia di frontiera nonché a Kabul. Nella capitale afghana operiamo anche nell'ambito della NTM-A e di Italfor Kabul.

Obiettivo della missione Isaf è quello di accrescere la cornice di sicurezza dell'Afghanistan e di contribuire alla sua stabilizzazione. Pur continuando nel progressivo processo di riduzione della sua presenza militare, in raccordo con il "calendario" della transizione (giunta oramai alla vigilia della quarta *tranche*), l'Italia ha reiterato la propria intenzione di rispettare gli impegni assunti con la Nato sin dal vertice Nato di Lisbona del 2010. Si sottolinea come, con l'avanzare della transizione e nella prospettiva del suo completamento entro il 2014, le responsabilità della sicurezza saranno sempre di più in capo alle forze afghane, e occorrerà dunque far riferimento a loro in misura crescente come anche al contesto di rischio in cui opereranno i nostri connazionali colà residenti.

Le condizioni di sicurezza in cui operano le organizzazioni non governative italiane in Afghanistan non sono dissimili da quelle in cui vi operano tutti gli altri connazionali, la cui condizione di scarsa sicurezza è ben nota, in particolare delle aree suburbane e rurali della fascia sud-orientale confinante con il Pakistan. Ne deriva una limitata possibilità di spostamento all'interno del Paese, in particolare a mezzo dell'automobile. In

generale, ogni ong effettua autonomamente le proprie decisioni in materia di sicurezza, sia che si tratti della scelta del luogo di residenza del proprio personale che dell'eventuale ricorso a compagnie di sicurezza privata a protezione della sede e/o del personale stesso. A fronte di indicazioni dell'ambasciata italiana riguardo ai pericoli imminenti, il personale delle ong può declinare l'offerta di essere evacuato temporaneamente in un luogo sicuro (base militare), in quanto, si sottolinea, non esiste al momento alcuno strumento normativo che prescriva l'obbligatorietà dell'osservanza delle indicazioni o decisioni in materia di sicurezza da parte della rappresentanza diplomatica.

Quanto al contributo fornito dalla missione italiana alla sicurezza delle organizzazioni umanitarie operanti nel Paese, gli esperti di cooperazione delle ong italiane, così come tutti i connazionali presenti a vario titolo nel Paese, sono invitati a prendere contatto con l'ambasciata d'Italia al fine di fornire i recapiti telefonici e l'indirizzo di residenza nel Paese. Gli stessi sono altresì invitati a comunicare tempestivamente all'ambasciata eventuali spostamenti all'interno nonché quelli in uscita dal Paese. Tali numeri telefonici vengono successivamente inseriti in una banca dati a supporto di un sistema informatico, gestito dall'unità di crisi della Farnesina, attraverso il quale sono diffusi via sms puntuali aggiornamenti sulle condizioni di sicurezza nel Paese. Ai connazionali viene, inoltre, inviata ogni lunedì un'e-mail da parte dell'ambasciata con la quale si rinnova l'invito a comunicare spostamenti nel Paese ed eventuali partenze/ritorni da o verso lo stesso, nonché a segnalare l'eventuale arrivo nel Paese, non ancora notificato, di nuovi connazionali. All'e-mail viene allegato un documento contenente alcune raccomandazioni di sicurezza (disponibile anche sul sito *web* dell'ambasciata) circa i comportamenti necessari a minimizzare potenziali situazioni di pericolo nonché affrontarle ove dovessero concretizzarsi. Tre volte alla settimana, inoltre, la rappresentanza italiana cura i contatti telefonici con i "capi maglia", per sincerarsi delle condizioni dei connazionali loro afferenti. Laddove questi non rispondano al telefono, l'ambasciata provvede a contattare telefonicamente tutti i connazionali. Così anche in occasione di gravi attentati, in particolare nella capitale, ove essi sono in gran parte concentrati. In situazione di estremo pericolo, l'ambasciata cura infine, in raccordo con il contingente italiano o con le altre forze della coalizione Isaf, l'evacuazione dei connazionali verso luoghi sicuri (in prevalenza basi militari) e, ove necessario, verso l'Italia.

Il Sottosegretario di Stato per gli affari esteri

DE MISTURA

(8 gennaio 2013)

GHEDINI, BLAZINA, FRANCO Vittoria, PIGNEDOLI, FONTANA, TREU, CARLONI, INCOSTANTE, ADAMO, BERTUZZI, MARINARO, PASSONI. - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* - Premesso che:

il fenomeno delle dimissioni in bianco, ovvero delle dimissioni volontarie postdatate sottoscritte all'atto dell'assunzione al lavoro - dunque consistente nella firma da parte della lavoratrice o del lavoratore di un atto di dimissioni senza data con il quale il datore di lavoro può simulare il recesso del lavoratore in qualsiasi momento successivo alla sottoscrizione del suddetto atto - è diffuso su tutto il territorio nazionale e interessa numerosi lavoratori e soprattutto lavoratrici;

la richiesta di dimissioni firmate in bianco al momento dell'assunzione, ovvero nel momento in cui il rapporto di forza tra i contraenti è a favore del datore di lavoro, costituisce una vera e propria pratica vessatoria che mette la lavoratrice o il lavoratore nell'impossibilità di far valere i propri diritti e la propria dignità, pena la certezza di un licenziamento, occultato dalla finzione della volontarietà;

il fenomeno riguarda in particolare le lavoratrici madri: secondo quanto risulta dal Rapporto annuale 2011 dell'Istat, interrompere il percorso lavorativo in occasione di una gravidanza spesso non è il risultato di una libera scelta. Sono infatti circa 800.000 in Italia in un arco decennale - quasi il 9 per cento delle madri che lavorano o hanno lavorato in passato - le donne che, nel corso della vita, sono state licenziate o messe in condizione di lasciare il lavoro perché in gravidanza;

inoltre, in tale condizione, secondo il rapporto dell'Istat, non sono le donne delle generazioni più anziane, ma le più giovani (il 13,1 per cento delle madri nate dopo il 1973), le residenti nel Mezzogiorno (10,5 per cento) e le donne con un titolo di studio basso (10,4 per cento), le donne che lavorano o lavoravano come operaie (11,8 per cento), quelle impiegate nell'industria (11,4 per cento), con un *partner* anch'egli operaio (11,0 per cento), e con un basso livello d'istruzione (10,6 per cento);

considerato che:

la gravità e la frequenza di questa pratica ha portato il legislatore ad intervenire già quattro volte;

il primo intervento è contenuto nell'articolo 55, comma 4, del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità di cui al decreto legislativo n. 151 del 2001, con il quale sono state tutelate le donne lavoratrici durante il periodo di gravidanza e la lavoratrice o il lavoratore durante il primo anno di vita del bambino o nel primo anno di accoglienza del minore adottato o in affidamento, prevedendo che le dimissioni volontarie debbano essere convalidate dal servizio ispettivo del Ministero del lavoro competente per territorio;

il secondo intervento, contenuto nell'articolo 35, comma 4, del codice delle pari opportunità tra uomo e donna di cui al decreto legislativo

n. 198 del 2006, ha stabilito la nullità delle dimissioni presentate dalla lavoratrice nel periodo intercorrente tra il giorno della richiesta delle pubblicazioni di matrimonio - purché segua la celebrazione - e un anno dopo la celebrazione stessa, salvo che siano dalla lavoratrice medesima confermate entro un mese alla Direzione provinciale del lavoro;

il terzo intervento, contenuto nella legge 17 ottobre 2007, n. 188, approvata con una larga maggioranza parlamentare e ora abrogata dal decreto-legge n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008, consentiva di contrastare la pratica vessatoria delle dimissioni in bianco del lavoratore o della lavoratrice, attraverso l'utilizzo di moduli alfanumerici progressivi per il rilascio delle dimissioni in forma scritta;

nel corso della XVI Legislatura, l'articolo 39, comma 10, lettera l), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, ha abrogato, dopo pochi mesi dalla loro entrata in vigore ed in virtù di paventate esigenze di semplificazione nella gestione dei rapporti di lavoro, la legge n. 188 del 2007, contenente misure di indubbia importanza, in quanto funzionali al contrasto di pratiche volte ad aggirare la disciplina di tutela del lavoratore in caso di licenziamento illegittimo, finendo per rilegittimare la pratica delle finte dimissioni volontarie;

considerato altresì che:

l'articolo 4, commi da 16 a 22, della legge 28 giugno 2012, n. 92, recante "Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita", ha reintrodotto un meccanismo volto ad asseverare la genuina volontà del lavoratore di dimettersi o di prestare il proprio consenso nell'ambito di una risoluzione consensuale del rapporto di lavoro;

in particolare, al di fuori dell'ipotesi di cui all'articolo 55, comma 4, del citato testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, come sostituito dalla stessa legge n. 92 del 2012, concernente particolari tutele prestate alle lavoratrici ed ai lavoratori in occasione della nascita o adozione del bambino, che estende le stesse fino al terzo anno dalla nascita e/o adozione del bambino, si prevede che le dimissioni o la risoluzione consensuale del rapporto siano sospensivamente condizionate ad una convalida delle stesse presso la competente Direzione territoriale del lavoro (ovvero presso i centri per l'impiego o altre sedi individuate dalla contrattazione collettiva) o alla sottoscrizione di una dichiarazione apposta in calce alla ricevuta di trasmissione della comunicazione della cessazione del rapporto di lavoro di cui all'articolo 21 della legge 29 aprile 1949, n. 264;

nel merito, sebbene l'articolo 4, commi da 16 a 22, della legge n. 92 del 2012 reintroduca nell'ordinamento il tema dell'abuso delle dimissioni in bianco, definendo procedure di contrasto e cercando di garantire la corrispondenza tra la dichiarazione di volontà del lavoratore e l'intento risolutorio, le menzionate disposizioni si applicano solo ai rapporti di lavoro subordinato, lasciando fuori i contratti di collaborazione coordinata e continuativa, anche a progetto, e i contratti di collaborazione di natura occasionale;

inoltre, la semplice apposizione di firma in calce del lavoratore alla ricevuta della comunicazione obbligatoria del datore di lavoro di cessazione del rapporto per dimissioni volontarie o risoluzione consensuale appare potenzialmente aggirabile con la messa in atto di pratiche dilatorie volte a far trascurare il termine di 7 giorni utile per la sottoscrizione, senza possibilità di cognizione da parte della lavoratrice o del lavoratore interessati;

l'articolo 1, commi 2 e 3, della stessa legge n. 92 del 2012, istituisce e assicura un costante monitoraggio dello stato di attuazione della riforma, nonché degli interventi e delle misure da essa previsti, attraverso la presentazione di rapporti, con cadenza almeno annuale, adeguatamente documentati in termini di ricadute micro e macroeconomiche, occupazionali e sociali, anche con riguardo al diverso impatto di genere e territoriale;

rilevato che:

nella circolare n. 18 del 18 luglio 2012 - Direzioni generali delle relazioni industriali e rapporti di lavoro e per l'attività ispettiva, sono state sancite le prime indicazioni operative concernenti la recente riforma del mercato del lavoro e, nel caso di specie, la disciplina di contrasto del fenomeno delle dimissioni in bianco;

nel documento citato, però, solo alcune prescrizioni sono dedicate all'esplicitazione operativa della procedura di contrasto al fenomeno delle dimissioni in bianco, fornendo poche soluzioni semplificative;

la legge n. 92 del 2012 stabilisce che, nell'ipotesi in cui la lavoratrice o il lavoratore non proceda alla convalida ovvero alla sottoscrizione, il rapporto di lavoro si intende risolto per il verificarsi della condizione sospensiva, qualora la lavoratrice o il lavoratore non aderisca entro 7 giorni dalla ricezione, all'invito a presentarsi presso le sedi dove effettuare la convalida ovvero all'invito ad apporre la predetta sottoscrizione, alla ricevuta trasmessa dal datore di lavoro, tramite comunicazione scritta;

ora, seppure la circolare specifichi che i 7 giorni sono da intendersi, per evidenti esigenze di certezza, come 7 giorni di calendario, non è dato sapere se lo stesso termine decorra dalla data di rilascio dell'avviso di raccomandata contenente l'invito al lavoratore a confermare la propria volontà di cessare il rapporto - trasmesso, da parte del datore di lavoro, entro 30 giorni dalla data delle dimissioni e della risoluzione consensuale - o dalla data in cui il lavoratore ha effettivamente ritirato la raccomandata;

allo stesso tempo, potrebbe accadere che il destinatario non si rechi affatto a ritirare la lettera: quest'ultima, dopo 10 giorni di giacenza, viene restituita all'azienda. In una siffatta evenienza, la circolare ministeriale non specifica se dalla data del rilascio dell'avviso o in subordine dalla data di compiuta giacenza (10 giorni dopo) decorrono o meno i 7 giorni a disposizione del lavoratore ed il rischio che ne deriva è che il rapporto resti attivo o, al contrario, che risulti estinto senza cognizione da parte del lavoratore;

peraltro, durante il periodo dei 7 giorni, al fine di evitare il realizzarsi della condizione sospensiva, nella circolare si legge che la lavoratrice

o il lavoratore devono revocare le dimissioni; tale revoca, seppure non imposta in forma scritta, è necessario che venga comunque formalizzata al fine di evitare dubbi sulla effettiva volontà e quindi possibili contenziosi,

si chiede di sapere:

quali misure siano state assunte al fine di dare inizio all'attività di monitoraggio dello stato di attuazione della riforma, nonché degli interventi e delle misure da essa previsti, come disposto dall'articolo 1, commi 2 e 3, della legge n. 92 del 2012;

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di problematiche relative all'attuazione della nuova disciplina di contrasto al fenomeno delle dimissioni in bianco riportate in premessa e quali siano le sue valutazioni in merito alla situazione;

se ritenga che sia necessario ed urgente agire affinché sia previsto un meccanismo di garanzia circa l'effettiva genuinità della volontà dimissionaria o risolutoria nel caso questa sia espressa attraverso apposizione di firma in calce del lavoratore alla comunicazione del datore di lavoro di cessazione del rapporto per dimissioni volontarie;

se intenda assumere misure utili a chiarire quale sia esattamente il momento a partire dal quale decorre il termine di 7 giorni di cui all'articolo 4, comma 19, della legge n. 92 del 2012 e l'eventuale obbligatorietà della revoca formale delle dimissioni;

se, alla luce della possibilità di individuare ulteriori modalità semplificate per accertare la veridicità della data e la autenticità della manifestazione di volontà del lavoratore, anche in funzione dello sviluppo dei sistemi informatici e della evoluzione della disciplina in materia di comunicazioni obbligatorie, come previsto dal comma 18 dell'articolo 4 della legge n. 92 del 2012, ritenga di avviare specifiche attività di verifica circa l'efficacia e l'efficienza delle norme introdotte per contrastare il fenomeno delle dimissioni in bianco.

(4-08106)

(3 agosto 2012)

RISPOSTA. - Con riferimento all'atto parlamentare concernente il meccanismo introdotto dalla legge 28 giugno 2012, n. 92, recante "Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita", volto ad asseverare la genuina volontà del lavoratore in ordine alle dimissioni o alla prestazione del consenso nell'ambito della risoluzione del rapporto di lavoro, si rappresenta quanto segue.

In via preliminare, si ritiene opportuno ricordare che la nuova disciplina delle dimissioni amplia notevolmente la tutela nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici, prevedendo il meccanismo di convalida presso la

direzione territoriale del lavoro o il centro per l'impiego per tutti i lavoratori, e non soltanto per coloro che abbiano figli fino a 3 anni di età.

La risoluzione consensuale del rapporto di lavoro, infatti, è condizionata sospensivamente alla convalida o alla dichiarazione apposta in calce alla ricevuta di trasmissione della comunicazione di cessazione del rapporto di lavoro, con la conseguenza che soltanto se interviene la convalida o la dichiarazione la risoluzione produce i suoi effetti.

Nel caso in cui il lavoratore non proceda alla convalida o alla sottoscrizione, il datore di lavoro trasmette alla lavoratrice o al lavoratore la comunicazione contenente l'invito a presentarsi presso la direzione territoriale del lavoro o il centro per l'impiego ovvero l'invito ad apporre la sottoscrizione.

Qualora la lavoratrice o il lavoratore non aderisca all'invito entro 7 giorni dalla ricezione, il rapporto di lavoro si intende risolto per il verificarsi della condizione sospensiva.

Il Ministero, con circolare n. 18 del 18 luglio 2012, data di entrata in vigore della legge n. 92 del 2012, ha inteso fornire delle primissime indicazioni di carattere operativo al personale ispettivo, concernenti la disciplina di contrasto al fenomeno delle dimissioni in bianco. In particolare, è stato chiarito che la comunicazione della revoca delle dimissioni, sebbene non richiesta dalle disposizioni normative in forma scritta, "è necessario che venga comunque formalizzata al fine di evitare dubbi sull'effettiva volontà" del lavoratore e conseguentemente l'insorgere di eventuali contenziosi.

Si fa, altresì, presente che la competente direzione generale del Ministero, con circolare del 12 ottobre 2012, avente ad oggetto il licenziamento per giustificato motivo oggettivo, il licenziamento disciplinare nonché la procedura di convalida delle dimissioni o della risoluzione consensuale del rapporto di lavoro, ha fornito ulteriori indicazioni afferenti alle tempistiche utili all'assolvimento dell'obbligo di comunicazione al centro per l'impiego. Nello specifico, ha evidenziato "quanto all'insorgenza dell'obbligo di comunicare la risoluzione del rapporto a seguito della procedura di cui all'art. 4, commi 16- 22, della legge n. 92 del 2012 che lo stesso non può che coincidere con il momento a partire dal quale il lavoratore (nel caso di dimissioni) o le parti (nel caso di risoluzione consensuale) intendono far decorrere giuridicamente la stessa risoluzione". Inoltre è stato ulteriormente chiarito che "resta evidentemente ferma la possibilità di effettuare la comunicazione anche molto tempo prima rispetto alla decorrenza giuridica della risoluzione del rapporto" tale meccanismo risulta proprio "in funzione della corretta operatività della procedura di convalida che prevede tra l'altro la possibilità di ribadire la volontà di risolvere il rapporto tramite una dichiarazione da apporre sulla ricevuta di comunicazione".

Ciò premesso, si rappresenta che rispetto a queste iniziali indicazioni, la medesima direzione generale, dopo un primo periodo di monitoraggio e verifica circa le problematiche che emergeranno a seguito

dell'applicazione della normativa in esame, provvederà ad emanare istruzioni più puntuali.

Per quanto concerne la non applicabilità delle procedure in esame ai contratti di collaborazione a progetto, nonché alle collaborazioni di natura occasionale, si fa presente che quest'ultima appare giustificata anzitutto dall'assenza di tutele rafforzate nei confronti dei lavoratori inquadrati in tali tipologie contrattuali (si tratta di personale non compreso nell'ambito di applicazione dell'articolo 18 della legge n. 300 del 1970, disposizione concernente esclusivamente i lavoratori subordinati).

Inoltre, la stessa procedura sembra non ricomprendere le "dimissioni" di lavoratori autonomi nel momento in cui prevede la possibilità di asseverazione della volontà attraverso la sottoscrizione della ricevuta di comunicazione di cessazione del rapporto di lavoro, comunicazione prevista esclusivamente in relazione a rapporti di natura subordinata (si veda l'articolo 21 della legge n. 264 del 1949).

Infine, rispetto alle tempistiche relative al momento di ricezione da parte del lavoratore della raccomandata contenente l'invito del datore in ordine alla conferma della volontà di cessare il rapporto, saranno fornite opportune indicazioni, fermo restando che trattandosi di atto recettizio trovano applicazione le disposizioni del codice civile in materia di conoscenza e conoscibilità di tali atti.

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali

FORNERO

(18 dicembre 2012)

GRAMAZIO. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

chiunque intende esercitare l'attività di recupero degli imballaggi anche contaminati da sostanze pericolose deve essere autorizzato all'esercizio di questa attività con procedura ordinaria o semplificata in conformità a quanto disposto dal decreto legislativo n. 152 del 2006;

per l'imballaggio dei rifiuti speciali pericolosi il rischio infettivo CER 18 01 03 o 18 02 02, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica n. 254 del 2003 sul trattamento dei rifiuti, prevede l'utilizzo di contenitori "eventualmente riutilizzabili", per ciò che attiene alla sola cassa esterna;

considerato che:

si tratta di rifiuti sanitari a "rischio infettivo" e anche gli imballaggi sono parte del rifiuto, quindi da classificare come "rifiuti pericolosi a rischio infettivo" (CER 18 01 03 o 18 02 02);

il rischio infettivo ha modalità di trasmissione anche per via aerea e per contatto diretto;

gli imballaggi esterni, una volta lavati, possono essere riutilizzati in ambienti comunque diversi e potenzialmente incompatibili in relazione al "rischio infettivo",

l'interrogante chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga che, in ragione della potenziale infettività degli imballaggi esterni "eventualmente riutilizzabili", si debbano definire e regolamentare specifiche modalità di trattamento a cui sottoporli per il riutilizzo, prevedendo l'obbligo di operazioni di rigenerazione, sanificazione e sanitizzazione degli stessi, e che ogni singola unità debba essere dotata di specifica documentazione di avvenuto trattamento;

se non ritenga inoltre opportuno che le ditte che vogliano espletare detto servizio debbano essere, oltre che autorizzate, appositamente certificate.

(4-07301)

(18 aprile 2012)

RISPOSTA. - È opportuno ricordare quanto riportato nella letteratura scientifica circa il rischio infettivo connesso ai rifiuti ospedalieri.

Come descritto nel "SHEA position paper" di W.A. Rutala "Medical waste", pubblicato su "Infection control and hospital epidemiology", 1992, 13:38-48: le cariche microbiche trovate in rifiuti provenienti da reparti ospedalieri sono inferiori o simili a quelle trovate nei rifiuti provenienti dalle comuni abitazioni; le cariche microbiche rilevate in rifiuti provenienti da strutture ambulatoriali sono ancora più basse; il rischio per la popolazione derivante da rifiuti provenienti da strutture sanitarie è solo teorico; è estremamente improbabile che un agente infettivo proveniente da un rifiuto sanitario possa essere introdotto nel tratto respiratorio, nel tratto gastrointestinale o nelle mucose di un paziente; l'unica frazione di rifiuto sanitario associato a trasmissione di infezioni è quella dei pungenti e taglienti contaminati.

Ugualmente si è espresso il Centers for disease control and prevention di Atlanta che, nelle linee guida del 2003 relative al controllo infettivo ambientale nelle strutture sanitarie, ha dedicato un capitolo alla gestione dei rifiuti sanitari; in esso non vi è evidenza che i rifiuti provenienti da strutture sanitarie (con l'esclusione dei pungenti e taglienti) siano dotati di maggior rischio rispetto ai rifiuti urbani.

Peraltro, si segnala che, allo scopo di impedire la contaminazione, l'articolo 8, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254 (regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari), dispone che non vi sia contatto diretto tra l'imballaggio riutilizzabile ed

il rifiuto; infatti è obbligatorio che l'imballaggio a diretto contatto con il rifiuto sia distrutto insieme ad esso, con il codice del rifiuto stesso (CER 18 01 03 o 18 02 02).

La norma, in particolare, dispone che: "la raccolta ed il trasporto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo devono essere effettuati utilizzando apposito imballaggio a perdere, anche flessibile, (...) contenuti entrambi nel secondo imballaggio rigido esterno, eventualmente riutilizzabile previa idonea disinfezione ad ogni ciclo d'uso".

Gli imballaggi riutilizzabili non entrano, pertanto, a diretto contatto con i rifiuti sanitari.

Si deve inoltre sottolineare che tali imballaggi sono solitamente progettati per essere riutilizzati e per essere avviati alla sanificazione e disinfezione, e sono costituiti da materiale immergibile e resistente al calore (anche di acciaio), tale da consentire il trattamento in apposite macchine automatiche per il lavaggio ad alta temperatura e l'asciugatura.

Circa la collocazione o meno fra i rifiuti degli imballaggi esterni, occorre precisare che, dal punto di vista normativo, quando vi sia la volontà da parte del proprietario di riutilizzare tali imballaggi, essi non rientrano nella definizione di rifiuto, e quindi il loro lavaggio non può essere considerato un trattamento effettuato su un rifiuto (non si tratta di recupero di imballaggi ma di riutilizzo).

Per quanto riguarda l'eventuale previsione di specifiche autorizzazioni e certificazioni per le ditte impegnate nelle operazioni di lavaggio, e per ogni singola unità di imballaggio di specifica documentazione di avvenuto trattamento, non risulta che analoga documentazione sia richiesta per le ditte che si occupano del lavaggio dei cassonetti dei rifiuti urbani.

Si ritiene che quanto richiesto possa, in definitiva, costituire un appesantimento burocratico che andrebbe ad aumentare inutilmente i costi per le aziende del settore.

È peraltro compito delle direzioni sanitarie delle strutture sanitarie vigilare su tutti i materiali (non solo sugli imballaggi per rifiuti) che vengono introdotti negli ospedali, indipendentemente dal fatto di essere accompagnati da certificazioni di trattamento.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(28 dicembre 2012)

LANNUTTI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

il codice di deontologia medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione;

il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del codice e degli orientamenti espressi nelle allegate linee guida, la ignoranza dei quali non lo esime dalla responsabilità disciplinare. Il medico deve prestare giuramento professionale. All'art. 17 del richiamato codice, che disciplina il rispetto dei diritti della persona, si prevede che il medico impronti la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona, e, all'art. 2, si prevede che l'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal codice di deontologia medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, siano punibili dalle Commissioni disciplinari con le sanzioni previste dalla legge, che devono essere adeguate alla gravità degli atti;

gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri sono tenuti a recepire il codice e a garantirne il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, ad inviare ai singoli iscritti agli albi il codice di deontologia medica e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica;

il quotidiano "Il Messaggero" del 16 maggio 2012 riporta che il 15 maggio 2012 il medico romano, Alberto Rinaldi, il quale molestava sessualmente le sue pazienti con inequivocabili atti ripresi all'uopo da una telecamera di una signora, ha picchiato presso il suo studio, in via Gaio Melisso n. 50, Jimmy Ghione, l'educato e rispettoso inviato di "Striscia la Notizia", aggredendo anche l'operatore, Cosimo Giannatiempo, e spaccando la telecamera. Nell'articolo, dal titolo "L'inviato di 'Striscia la notizia' picchiato al Quadraro da un medico accusato di molestie" si legge: «Jimmy Ghione, inviato storico di Striscia la notizia, è finito al pronto soccorso, insieme a un cameraman, dopo essere stato aggredito durante un'intervista al Quadraro, in via Gaio Melisso, nei pressi della Tuscolana. Medicato all'ospedale policlinico Casilino, è stato giudicato guaribile in sette giorni. Ad aggredire l'inviato di Striscia e l'operatore della troupe è stato un medico di base. L'uomo, raggiunto nel suo studio, sarebbe andato su tutte le furie durante l'intervista: Ghione lo stava accusando di essere un molestatore e di palpeggiare le sue pazienti non a fini medici. Dopo aver preso a calci, schiaffi e pugni i due malcapitati ha rotto anche l'obiettivo di una telecamera. Il dottore non ha gradito la visita delle telecamere e ha colpito sia Ghione che il suo cameraman ripetutamente. Sul posto è intervenuto il 118 che ha portato l'operatore all'ospedale Vannini in codice verde. Anche il medico si è recato in ospedale sostenendo di sentirsi male. Sul posto sono intervenuti i carabinieri. "Abbiamo sentito urlare e abbiamo visto correre i due di Striscia, ma all'inizio non abbiamo capito cosa stava accadendo", raccontano alcuni abitanti di via Melisso. E del medico qualcuno si lascia scappare "questo è un quartiere

popolare e con tanti abitanti ma le voci corrono". Gli inviati del Tg satirico sono abituati ad aggressioni, insulti ma ogni volta che accade è sempre un pericolo. È di alcuni giorni fa l'aggressione a Luca Abete, picchiato nel nosocomio napoletano San Gennaro mentre cercava di realizzare un servizio televisivo sul mancato funzionamento degli ascensori. Anche a Stefania Petyx, altra storica inviata di Striscia, ultimamente sono arrivate una serie di minacce. Gli è stata danneggiata la macchina della sua troupe televisiva e su un muro davanti a casa sua scritte minatorie»;

in totale, nel corso del 2011, gli enti hanno provveduto alla sospensione di 57 medici e ne hanno radiati 3. Nel 2010 erano state 93 le sospensioni dall'esercizio professionale e 3 le radiazioni. Lo scorso anno, dunque, pur rimanendo invariato il numero di camici bianchi radiati, si è potuto notare un calo delle sospensioni, scese a 57. Inoltre, come riportato dall'AdnKronos in base ai dati elaborati dal Ministero della salute, sono stati in totale oltre 10.000 i provvedimenti disciplinari che nel 2011 sono stati emessi dagli oltre cento Ordini nei confronti degli iscritti, che sono in totale oltre 370.000. Nel caso in cui la Commissione disciplinare dell'Ordine accerti nel comportamento del sanitario sottoposto a giudizio la violazione di qualche articolo del codice deontologico, irrogherà una sanzione. Le sanzioni rilevanti, sia per l'Ordine che per il Ministero della salute, sono, appunto, la sospensione e la radiazione,

si chiede di sapere:

se al Ministro in indirizzo risulti quanti siano stati i provvedimenti disciplinari adottati dagli Ordini dei medici nei confronti degli iscritti che si approfittano della loro posizione molestando le pazienti, come nel caso documentato da "Striscia La Notizia";

quanti risultino essere i pazienti molestati in Italia dai medici in occasione delle visite sanitarie, posto che soltanto una piccolissima parte viene resa nota dalle segnalazioni pubbliche, e se il Governo non ritenga doveroso avviare un monitoraggio, sia richiamando l'Ordine dei medici ad un maggior rigore, sia imponendo le sanzioni doverose per tali atteggiamenti vili e particolarmente odiosi, come sono le molestie sessuali durante le visite;

se risulti che siano stati presi provvedimenti disciplinari su un professionista, il dottor Vincenzo Sciacca, iscritto all'Ordine dei medici, che magnificava sul sito mangostano.fm le virtù terapeutiche e le proprietà miracolose di un succo di frutta, ricavato da una pianta thailandese, la Garcina Mangostana L., prodotto da un'azienda americana, oggetto dell'atto di sindacato ispettivo 4-03746;

quali misure urgenti il Governo intenda attivare per impedire che i professionisti iscritti all'Ordine dei medici, che non rispettano la deontologia professionale ed il codice di deontologia medica, possano continuare ad esercitare la professione medica arrecando disdoro alla categoria e danni ai loro assistiti.

(4-07481)

(16 maggio 2012)

RISPOSTA. - Preliminarmente si osserva che tutti gli iscritti agli ordini professionali sono soggetti al potere disciplinare dell'ordine medesimo, ai sensi dell'art. 3, lettera *f*), del decreto del luogotenente del Capo dello Stato n. 233 del 1946.

Il codice di deontologia medica attualmente in vigore, all'articolo 1, contiene principi e regole che i medici chirurghi e odontoiatri iscritti agli albi professionali devono osservare nell'esercizio della professione, precisando che il comportamento del medico deve essere consono al decoro e alla dignità della professione stessa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità e impegno civile che la ispirano.

I fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare sono innanzitutto quelli derivanti dall'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal vigente codice, ed ogni azione od omissione comunque disdicevole al decoro o al corretto esercizio della professione (articolo 2 "Potestà e sanzioni disciplinari. Sanzioni").

Le sanzioni disciplinari, così come tassativamente previste dall'art. 40 del decreto del Presidente della Repubblica n. 221 del 1950, sono l'avvertimento (consiste nella diffida a non ripetere una mancanza commessa), la censura (consiste in una dichiarazione di biasimo), la sospensione dall'esercizio della professione per una durata minima di un mese fino a un massimo di 6 mesi, ed infine la radiazione dall'albo. In particolare, le ipotesi di radiazione (ovvero espulsione del sanitario dalla categoria di appartenenza) e di sospensione dall'esercizio professionale sono quelle che rientrano nel novero delle sanzioni irrogate a conclusione di un giudizio disciplinare (art. 40), oppure quelle che, previste dalla legge (artt. 42 e 43), danno luogo ad un procedimento disciplinare.

In seguito alla pubblicazione del lancio d'agenzia dell'AdnKronos "Sanità: 10 mila medici sanzionati da Ordini nel 2011, 57 sospesi e solo 3 radiati", diramato il 28 marzo 2012, l'ufficio stampa del Ministero ha chiesto prontamente una rettifica al giornalista responsabile del servizio, precisando che il numero citato nel titolo non si riferiva alle sanzioni, ma al totale delle comunicazioni ricevute dagli ordini e riguardanti, quindi, per grandissima parte, indicazioni di variazioni di tipo anagrafico degli iscritti. Al giornalista è stata nuovamente inviata una scheda, predisposta dall'ufficio mini-

steriale competente, circa il quadro reale delle sanzioni, disciplinari inflitte ai medici.

Per quanto concerne la richiesta di elementi relativi al numero di pazienti molestati in Italia dai medici in occasioni di visite, si comunica che questo Ministero si è attivato presso il Ministero della giustizia richiamando l'attenzione degli uffici giudiziari circa l'opportunità di informare gli ordini provinciali dell'inizio e dell'esito dei procedimenti penali pendenti nei confronti degli iscritti agli albi, al fine di consentire il corretto e tempestivo esercizio dei poteri disciplinari.

Il Ministero della giustizia con nota del 31 agosto 2010 ha comunicato in merito che "Le notizie e gli atti ritenuti utili per le determinazioni da assumere in sede disciplinare, potranno essere richiesti all'autorità giudiziaria nell'ambito dei singoli procedimenti ai sensi dell'art. 116 c.p.p."

Relativamente alla questione concernente il dottor Vincenzo Sciacca (pubblicità sul sito *Internet* delle proprietà miracolose del succo di frutta ricavato da una pianta thailandese, la *Garcina Mangostana L.* prodotto dall'azienda americana Xango LLC), si comunica che, a seguito dell'esposto datato 6 ottobre 2010 a firma del Codacons e dell'Adusbef, l'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Roma ha provveduto a predisporre gli accertamenti istruttori del caso. A seguito di ciò, con decisione n. 189/11, la commissione per gli iscritti all'albo dei medici chirurghi, nella riunione del 4 ottobre 2011, ha rilevato che "assumendo tutte le opportune informazioni, sentendo direttamente il sanitario/i interessato/i attraverso apposita audizione ovvero con richiesta scritta di chiarimenti (...) chiedendo informazioni e notizie ad enti e/o istituzioni., in base agli elementi acquisiti (...) non sono emersi (...) comportamenti e condotte adottati in violazione del codice deontologico e quindi rilevanti sotto il profilo disciplinare (...) ritiene pertanto che le pratiche in esame debbano essere archiviate".

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(7 gennaio 2013)

MARINO Ignazio, MAGISTRELLI, VITA, MARITATI, SERA, FERRANTE, DELLA MONICA, GIAI, OLIVA, PINZGER. - *Al Ministro dell'interno.* - Premesso che:

in Italia i 12 Centri di identificazione e di espulsione (Cie) esistenti hanno il compito di assicurare, a coloro che vengono ospitati, vitto e alloggio, abiti e biancheria, lenzuola, assistenza medica ed infermieristica, consulenza legale ed insegnamento della lingua, sostegno sociale, media-

zione culturale, attività ricreativa, diaria quotidiana, pulizia di ambienti interni ed esterni;

per l'osservanza dei propri obblighi di funzionamento e di gestione, i Cie devono disporre di risorse certe e sufficienti che li rendano organizzativamente idonei, così come viene richiesto anche dalla Corte di giustizia europea e dalla Corte europea dei diritti dell'uomo;

considerato che:

appare del tutto inadeguata e allarmante l'impostazione dei nuovi bandi di gara per l'affidamento dei servizi che i Cie devono predisporre, organizzare e garantire;

il ricorso a gare che prevedono il massimo ribasso rispetto alla base d'asta, già quasi dimezzata in relazione al costo medio giornaliero *pro capite*, comporta un servizio di qualità inevitabilmente scadente;

l'esito prevedibile non può che essere un peggioramento delle condizioni delle persone ospitate nei Cie, nonché di coloro che vi lavorano atteso che, per rientrare nei costi di gestione e per realizzare margini di profitto, i gestori dei servizi verranno spinti a risparmiare anche sulle retribuzioni e sulle tutele contrattuali dei lavoratori,

si chiede di sapere se non si ritenga urgente, ragionevole e doveroso procedere ad una seria riconsiderazione dei criteri seguiti dalle Prefetture per ottemperare al loro adempimento di competenza in materia di funzionamento e gestione dei Cie.

(4-07782)

(26 giugno 2012)

RISPOSTA. - in riferimento all'atto di sindacato ispettivo riguardante i criteri di aggiudicazione del prezzo più basso per l'affidamento del servizio di gestione dei centri di identificazione ed espulsione, si evidenzia che l'opzione effettuata è stata determinata dall'esigenza di ottemperare alle disposizioni legislative in materia di contenimento della spesa pubblica e di superamento della crisi economica (di cui ai decreti legge n. 98 del 2011 e n. 138 del 2011, ed alla legge n. 183 del 2011), anche tenuto conto degli esiti delle gare svolte in altre parti del territorio nazionale.

Per quanto concerne invece la qualità dei servizi erogati, si rappresenta che il gestore deve in ogni caso garantire il rispetto delle condizioni di accoglienza fissate nel capitolato unico d'appalto per il funzionamento e la gestione dei centri per immigrati (decreto ministeriale 21 novembre 2008). Si richiama al riguardo l'attività di controllo e di monitoraggio svolta dalle prefetture ai sensi degli articoli 22, 23 e 25 del capitolato stesso, diretta a verificare il rispetto degli *standard* qualitativi e quantitativi fissati nel capitolato d'appalto.

Prosegue, inoltre, l'attività di *audit* curata dall'amministrazione attraverso l'invio alle Prefetture di apposite schede di rilevazione semestrale, riferite a tutti i servizi, compresi quelli dedicati al tempo libero, nonché alla segnalazione di eventuali criticità. Allo stato attuale sono in corso di elaborazione i dati relativi al secondo semestre 2011 ed al primo semestre 2012.

Sulle possibili ripercussioni negative nei confronti del personale impiegato presso i centri, si informa che, ai sensi dell'articolo 5 del capitolato, il gestore deve garantire per il personale impiegato la regolarità dei versamenti dei contributi previdenziali ed assicurativi, nonché l'osservanza delle disposizioni in tema di trattamento giuridico ed economico del personale, fissati dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro.

Il Sottosegretario di Stato per l'interno

RUPERTO

(10 gennaio 2013)

MAURO. - *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'economia e delle finanze e dell'interno.* - Premesso che:

il giorno 18 maggio 2012 il quotidiano nazionale "La Repubblica" alle pagine 12 e 13 ha pubblicato un articolo sull'interrogante che parlava di alcuni suoi conti correnti, operazioni bancarie e investimenti effettuati con la Banca Popolare di Verona (oggi Banco Popolare) ricostruendo i fatti con evidente intento diffamatorio;

questo articolo affermava testualmente: "Il *blitz* è confermato dai responsabili della banca e messo nero su bianco in un rapporto interno", e di seguito riportava in parte un rapporto interno dei responsabili dell'istituto bancario, divulgato senza alcuna autorizzazione dell'interrogante e violando palesemente le norme sulla *privacy* e sul trattamento dei dati personali, oltre che in spregio a tutte le regole deontologiche;

le informazioni predette, diffuse all'esterno da funzionari dell'istituto di credito, sono così state utilizzate dai giornalisti per confezionare articoli diffamatori, dando vita a strumentali ricostruzioni al solo scopo di continuare a criminalizzare la sottoscritta e ad alimentare la macchina del fango;

la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea sancisce con l'articolo 8 il diritto alla protezione dei dati di carattere personale, stabilendo che "Tali dati devono essere trattati secondo il principio di lealtà, per finalità determinate e in base al consenso della persona interessata o a un altro fondamento legittimo previsto dalla legge" ed inoltre che "Il rispetto di tali regole è soggetto al controllo di un'autorità indipendente";

l'articolo 6, comma 2, del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica (provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 29 luglio 1998) sancisce che: "La sfera privata delle persone note o che esercitano funzioni pubbliche deve essere rispettata se le notizie e i dati non hanno alcun rilievo sul loro ruolo o sulla loro vita pubblica";

il Garante per la protezione dei dati personali con deliberazione n. 53 del 25 ottobre 2007 ha redatto le "Linee guida in materia di trattamento di dati personali della clientela in ambito bancario" che prevedono il rispetto dei dati personali dei clienti ed il cosiddetto segreto bancario;

in tale normativa è stabilito che la comunicazione a terzi di dati personali relativi a un cliente è ammessa solo se lo stesso vi acconsente e gli istituti di credito e il personale incaricato dell'esecuzione delle operazioni bancarie di volta in volta richieste devono mantenere il riserbo sulle informazioni utilizzate. In particolare, il segreto bancario si sostanzia nel dovere della banca di mantenere il riserbo in ordine alle notizie riguardanti i clienti nell'esercizio dell'attività bancaria, rispetto alle quali sussiste un interesse, meritevole di tutela, a che non siano divulgate o comunicate a terzi. Inoltre il segreto bancario è desunto anche dalla clausola generale di correttezza e di buona fede tra banca e cliente (artt. 1175 e 1375 del codice civile);

considerato che:

l'articolo in questione è solo un esempio, tra tanti, di quanto sia delicato l'equilibrio tra diritto di cronaca e rispetto delle persone, e di quanto i *mass media* possano violare la *privacy* delle persone pubbliche;

talvolta la diffusione di informazioni di ogni tipo intorno a fatti di cronaca arriva a violare la dignità delle persone e va oltre ogni norma deontologica o giuridica, e ciò potrebbe accadere non solo per persone note ma anche nei confronti di qualunque cittadino, fatto questo altrettanto grave;

la vicenda in questione ha messo in luce aspetti preoccupanti circa la tutela dei dati personali, soprattutto da parte di alcuni istituti finanziari che hanno divulgato rapporti interni all'esterno, senza alcuna autorizzazione dell'interessato, che era del tutto all'oscuro;

al Ministero dell'economia e delle finanze, tra gli altri compiti, spetta anche la vigilanza sulla Banca d'Italia e sugli altri enti del settore;

la Banca d'Italia dovrebbe controllare che gli intermediari bancari e finanziari siano gestiti in modo sano e prudente, oltre che dovrebbe tutelare la correttezza delle operazioni e dei servizi bancari e finanziari per rendere sempre migliori i rapporti con la clientela, sanzionando i comportamenti scorretti e poco trasparenti nei confronti della clientela,

l'interrogante chiede di sapere:

quali siano le valutazioni del Governo, per gli aspetti di propria competenza, sulla vicenda illustrata in premessa;

quali azioni il Governo intenda promuovere affinché sia maggiormente rispettato il diritto alla *privacy* riconosciuto a ogni cittadino e per far sì che vengano rispettate le norme in materia di tutela del trattamento di dati personali della clientela in ambito bancario;

se il Governo non ritenga opportuno attuare un intervento urgente di chiarificazione e sollecitare l'avvio di indagini da parte delle autorità preposte, ovvero del Garante per la protezione dei dati personali e della Banca d'Italia, per far luce sul fenomeno della diffusione di dati personali da parte di istituzioni creditizie;

se intenda intervenire sull'Ordine dei giornalisti richiamando in particolare il rispetto del codice deontologico relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica e del codice in materia di protezione dei dati personali, a giudizio dell'interrogante palesemente violati per creare - al di là del fatto che il soggetto riveste un'importante carica pubblica - il "mostro in prima pagina";

quali misure urgenti di carattere normativo intenda attivare per far sì che si tutelino meglio i diritti di tutti i cittadini in materia di normativa sulla *privacy*, specie per ciò che concerne i dati personali trattati dalle istituzioni bancarie.

(4-07537)

(23 maggio 2012)

RISPOSTA. - Si risponde all'interrogazione con la quale, in relazione alla diffusione a mezzo stampa di alcune informazioni personali, si chiede quali misure urgenti di carattere normativo si intendano attivare per far sì che vengano pienamente tutelati i diritti di tutti i cittadini in materia di normativa sulla *privacy*, compresi i dati personali trattati dalle istituzioni bancarie.

Al riguardo, si fa presente che il decreto legislativo n. 196 del 2003, recante il codice in materia di protezione dei dati personali, stabilisce in modo puntuale le modalità attraverso le quali deve essere effettuato il trattamento dei dati personali, tra cui rientrano quelli bancari, e detta precise disposizioni in ordine al divieto di comunicazione e diffusione dei dati.

In caso di violazione della disciplina, sono previsti una pluralità di rimedi a tutela delle situazioni soggettive, di cui si lamenta la lesione, quali: la procedura amministrativa dinnanzi al Garante, ai sensi degli artt. 142 e seguenti del codice, la proponibilità di ricorso dinnanzi al Garante ai sensi degli artt. 145 e seguenti, e infine la possibilità di adire l'autorità giudiziaria ordinaria.

Giova precisare che il sistema di tutele è rafforzato dalla previsione di specifiche sanzioni, che, in relazione all'illecito, possono essere am-

ministrative, ma nei casi più gravi, anche penali (artt. 167 e seguenti del codice).

Sulla questione, la segreteria del comitato interministeriale per il credito ed il risparmio, sentita anche la Banca d'Italia, ha comunicato che le banche sono tenute, al pari di ogni altro soggetto dell'ordinamento, all'osservanza delle norme vigenti, ivi incluse quelle relative alla protezione dei dati personali, nonché al rispetto degli obblighi contrattuali di riservatezza. Per quanto riguarda, invece, un eventuale intervento da parte della Banca d'Italia sulla vicenda segnalata, l'ordinamento non assegna alla medesima specifici compiti in materia di tutela della *privacy*.

Tuttavia, la vigente normativa antiriciclaggio prevede a carico degli intermediari bancari e finanziari l'obbligo di inviare all'unità di informazione finanziaria (UIF) la segnalazione di operazioni sospette quando sanno, sospettano o hanno ragionevoli motivi per sospettare che siano in corso o siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio (art. 41, comma 1, del decreto legislativo n. 231 del 2007).

Successivamente, le segnalazioni, laddove non siano archiviate in quanto ritenute infondate, sono trasmesse dalla UIF ai competenti organi investigativi (art. 47, comma 1, lett. *c* e *d*).

Con riferimento agli aspetti di competenza dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali, tale Autorità ha comunicato che il procedimento oggetto dell'interrogazione è tuttora in corso. In particolare, essa ha prontamente avviato un'attività istruttoria volta a verificare gli eventuali profili di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali da parte della banca Popolare di Verona (oggi Banco popolare). A tal fine, ha inviato a quest'ultima una richiesta di informazioni in ordine a eventuali comunicazioni a soggetti terzi di dati personali relativi alla segnalante (in particolare, informazioni bancarie). Nel riscontro fornito, l'istituto bancario ha dichiarato di aver effettuato approfondimenti al riguardo, all'esito dei quali ha riferito all'Autorità che “non consta alcuna violazione in materia di protezione dei dati personali nella gestione della vicenda in questione”.

Il Garante ha precisato che si riserva ogni decisione in merito alla vicenda rispetto all'applicazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali, anche per quanto concerne gli altri profili evidenziati nel reclamo e attinenti all'attività giornalistica. Ha, infine, soggiunto che, in materia di trattamento di dati personali della clientela effettuati in ambito bancario, oltre alle linee guida del 25 ottobre 2007, recentemente ha adottato ulteriori prescrizioni in materia di circolazione delle informazioni in ambito bancario e di tracciamento delle operazioni bancarie (provvedimento 12 maggio 2011, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 3 giugno 2011).

Con tale provvedimento generale, ha prescritto ai titolari del trattamento una serie di misure necessarie, fra cui il tracciamento delle operazioni, la conservazione dei relativi *log*, l'implementazione di *alert* e un *audit*

interno di controllo, oltre ad altre segnalate come opportune (informazioni all'interessato, comunicazioni al Garante).

Il Sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze

POLILLO

(7 gennaio 2013)

MONGIELLO. - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.*

- Premesso che:

in data 24 agosto 2007 è stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale*, n. 67, il bando per il concorso pubblico, per esami, a 108 posti nel ruolo di personale amministrativo dell'INPS, area funzionale C, posizione economica C3;

in data 15 dicembre 2010 sono stati assunti i 108 vincitori del concorso e assegnati in sedi o agenzie dislocate su tutto il territorio nazionale, secondo un ordine di graduatoria e con un obbligo di permanenza quinquennale;

successivamente nel novembre 2011 si è proceduto all'assunzione di 239 idonei della graduatoria del concorso; tale decisione pur rispondendo certamente alla necessità di coprire carenze di organico determinatesi negli ultimi 5 anni, comporta una palese violazione di un criterio di equità rispetto ai vincitori del medesimo concorso. Infatti, a quanto risulta all'interrogante, il personale idoneo assunto nel novembre 2011 è stato assegnato a sedi dislocate in posti più favorevoli rispetto a quelle assegnate al personale risultato vincitore. Alla richiesta di chiarimento avanzata dal personale assunto nel 2010 la Direzione dell'ente ha risposto opponendo ai medesimi il vincolo di non trasferibilità quinquennale sottoscritto al momento dell'assunzione;

considerato inoltre che:

in data 25 maggio 2011, l'INPS ha sottoscritto un accordo di programma in materia di mobilità, nel quale si impegnava a valutare entro sei mesi dalla data di sottoscrizione, la condizione del personale sottoposto a vincolo di non trasferibilità al fine di individuare possibili soluzioni congiunte;

la tutela delle esigenze del personale già assunto, prima di procedere a nuove assunzioni, ha ispirato l'ente in occasione del recente bando di mobilità nazionale a domanda. All'interno del bando, infatti, vi è espresso riferimento, in caso di scorrimento nella graduatoria per rinunce, al ruolo cardine svolto dalla graduatoria nazionale, prevedendo in tali casi la riassegnazione dei dipendenti alla sede più favorevole secondo le preferenze espresse. Tale logica appare, pertanto, a parere dell'interrogante ancora più vincolante nel caso di un concorso pubblico;

l'attenzione e il rispetto di un criterio di equità al fine di evitare qualunque forma di disparità di trattamento nei confronti del personale assunto ha già ispirato l'operato dell'ente in occasioni di precedenti procedure concorsuali,

si chiede di sapere;

se il Ministro in indirizzo non intenda procedere all'adozione dei necessari provvedimenti al fine di sanare una situazione di palese discriminazione, valutando l'opportunità che siano riassegnati in via prioritaria i posti disponibili ai vincitori del concorso e seguendo una graduatoria di merito;

se, in seconda analisi, non ritenga di adoperarsi, anche con atti di propria competenza, affinché l'INPS adotti un futuro bando di mobilità nazionale, riservato ai vincitori e in deroga al vincolo di inamovibilità quinquennale, anche alla luce dei patti sindacali sottoscritti in tal senso nel maggio 2011.

(4-06607)

(18 gennaio 2012)

RISPOSTA. - L'assegnazione dei vincitori del concorso pubblico Inps per 108 posti di personale amministrativo di area C e posizione economica C3 alle sedi è stata disposta, con decorrenza 15 dicembre 2010, con determina presidenziale n. 344 del 6 dicembre 2010.

Le disposizioni di legge impongono un vincolo di permanenza nella prima sede di assegnazione ai neoassunti e tale vincolo è stato espressamente accettato dai vincitori del concorso con la sottoscrizione del contratto individuale di lavoro.

La successiva procedura di assunzione, attraverso lo scorrimento della graduatoria del concorso, è stata effettuata nel novembre 2011 e quindi a distanza di un anno.

L'assegnazione dei nuovi assunti nelle varie sedi è stata realizzata con riferimento alle esigenze funzionali delle strutture al momento dell'assunzione.

Nell'accordo di programma in materia di mobilità sottoscritto il 25 maggio 2011, le delegazioni si impegnavano a valutare, entro i successivi 6 mesi, la situazione del personale sottoposto a vincolo di intrasferibilità per l'individuazione di possibili soluzioni. Era, inoltre, in previsione l'effettuazione di un bando di mobilità nazionale, a domanda, al quale avrebbero potuto partecipare anche tali dipendenti.

Per l'adozione del bando era, tuttavia, necessario poter effettuare nuove assunzioni in modo tale da sostituire il personale che, in conseguenza della procedura di mobilità, aveva lasciato la propria sede. La possibilità di

effettuare tali assunzioni, peraltro già autorizzate, è però venuta meno con l'entrata in vigore del decreto-legge n. 138 del 2011 che ha previsto la riduzione delle dotazioni organiche delle pubbliche amministrazioni, in misura non inferiore al 10 per cento, con l'obiettivo di proseguire nel processo di riorganizzazione e razionalizzazione degli assetti pubblici.

Successivamente, l'articolo 21 del decreto-legge n. 201 del 2011 ha previsto la soppressione dell'Inpdap e dell'Enpals e il loro accorpamento all'Inps, mantenendo fermo l'obbligo di cui al decreto-legge n. 138 del 2011 e prevedendo ulteriori misure di riduzione dei costi complessivi di funzionamento relativi all'Inps e agli enti soppressi. Tale accorpamento, avendo imposto la definizione di nuovi assetti organizzativo/funzionali, ha determinato per l'Istituto la possibilità di procedere ad effettuare nuove assunzioni solo dopo aver verificato la carenza di organico.

Si ricorda, inoltre, che il decreto-legge n. 95 del 2012 in tema di *spending review*, nell'imporre un'ulteriore diminuzione degli organici, inciderà nuovamente sull'assetto organizzativo dell'ente.

In conclusione, si fa presente che l'adozione del bando di mobilità in argomento è necessariamente rimandato a quando sarà completata la riorganizzazione dell'architettura a regime dell'istituto, successivamente, quindi, all'integrazione del personale degli enti disciolti (Inpdap ed Enpals) e all'emanazione dei decreti di natura non regolamentare di trasferimento delle risorse degli stessi all'Inps.

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali

FORNERO

(18 dicembre 2012)

PARDI. - *Al Ministro degli affari esteri.* - Premesso che, per quanto a conoscenza dell'interrogante,;

alle 10.20 di sabato 20 ottobre 2012 la nave Estelle, battente bandiera finlandese e con a bordo una trentina di attivisti per i diritti umani, tra cui l'italiano Marco Ramazzotti Stockel, e cinque parlamentari europei (due greci, un norvegese, uno spagnolo e uno svedese), è stata abbordata dalla marina militare israeliana mentre cercava di forzare il blocco navale imposto alle coste davanti alla Striscia di Gaza nel 2006. La stiva della nave conteneva esclusivamente un carico di cemento e forniture mediche. Secondo quanto riferito da Freedom Flotilla, l'abbordaggio sarebbe avvenuto 35 miglia nautiche al largo della costa egiziana, dunque in acque internazionali;

secondo il portavoce dell'esercito israeliano, che ha confermato l'avvenuto abbordaggio, l'operazione sarebbe avvenuta in accordo con le direttive governative e nel pieno rispetto delle leggi internazionali dopo aver

effettuato ogni tentativo di impedire alla nave di raggiungere la Striscia di Gaza;

il veliero finlandese è stato poi messo in rotta verso il porto israeliano di Ashdod, a Sud di Tel Aviv, dove i passeggeri sono stati consegnati alle autorità di polizia israeliana e di immigrazione del Ministero dell'interno, mentre il consolato italiano a Tel Aviv comunica che il nostro connazionale è stato rimpatriato volontariamente il 21 ottobre. Secondo quanto si apprende dalle autorità israeliane l'abbordaggio sarebbe avvenuto senza l'uso della forza e sarebbero state prese tutte le precauzioni necessarie per garantire la sicurezza dei passeggeri, i quali non hanno opposto resistenza. Secondo le prime dichiarazioni di Marco Ramazzotti Stockel sembrerebbe invece che alcuni degli attivisti a bordo siano stati malmenati, anche attraverso l'uso di pistole elettriche;

il *premier* israeliano Benjamin Netanyahu ha commentato la vicenda sostenendo che a Gaza non esista alcuna emergenza umanitaria, e accusando gli attivisti di avere quale unico scopo la denigrazione di Israele;

rilevato che:

all'interrogante risulta che Estelle era una nave disarmata, in missione umanitaria e di pace, con cargo ispezionato più volte, equipaggio con dichiarate intenzioni non violente, in rotta da acque internazionali direttamente in acque territoriali di Gaza. Appare dunque difficile sostenere che potesse costituire una minaccia per la sicurezza di Israele o per altri;

le agenzie dell'ONU hanno ripetutamente denunciato la difficile condizione degli abitanti della Striscia di Gaza soprattutto per quanto riguarda il problema degli approvvigionamenti. Questi infatti provvedono al massimo al 25 per cento del fabbisogno della popolazione civile per cui l'apertura del traffico navale per e da Gaza rappresenta l'unica via percorribile per chi tenta di rendere l'assedio delle popolazioni residenti meno penoso,

si chiede di sapere:

se e quali azioni siano state avviate per conoscere l'esatto svolgimento dei fatti, al fine di fare luce, in particolare, sull'esatta posizione della nave al momento dell'abbordaggio;

se il Ministro in indirizzo abbia notizie certe volte ad escludere che sia stato effettivamente evitato il ricorso all'uso della forza durante le operazioni di abbordaggio della nave;

se non ritenga opportuno attivarsi, per quanto di sua competenza, al fine di favorire una maggiore attenzione della politica estera italiana circa una possibile soluzione del conflitto israelo-palestinese.

(4-08533)

(25 ottobre 2012)

RISPOSTA. - Israele considera la striscia di Gaza e la zona marittima che la circonda "un'area di ostilità" dove vige, oltre all'*embargo*, un blocco navale. Quanto agli aiuti umanitari diretti via mare verso la striscia di Gaza, la posizione del Governo israeliano è che essi possono essere scaricati nel porto israeliano di Ashdod e di là trasferiti nella striscia via terra, attraverso gli appositi valichi.

Tali precauzioni sono dovute alla concreta minaccia nei confronti di Israele proveniente dalla striscia di Gaza attraverso ripetuti lanci di razzi. La recente crisi tra Gaza ed Israele ha dimostrato come l'accresciuta gittata dei razzi, che hanno colpito anche Tel Aviv e Gerusalemme, metta ormai in pericolo quasi 4 milioni di cittadini israeliani. Deve considerarsi dunque pienamente legittimo che Israele tuteli la propria sicurezza attraverso il monitoraggio di ciò che entra nella striscia di Gaza. Tale controllo comporta tuttavia delle conseguenze negative sullo sviluppo socio-economico della popolazione di Gaza, rallentando quel "*fundamental change*" prescritto dalla risoluzione del Consiglio di sicurezza n. 1860, con cui si è chiusa l'operazione "Piombo fuso".

A tal proposito, le conclusioni del Consiglio affari esteri del 14 maggio 2012 hanno affermato come l'Unione europea, nel pieno riconoscimento delle legittime esigenze di sicurezza israeliane, ritenga essenziale che Israele agevoli il processo di ricostruzione e sviluppo di Gaza. Saranno dunque necessari, nonostante gli innegabili progressi, ulteriori passi da parte israeliana volti a consentire la ricostruzione e il rilancio economico della striscia di Gaza, anche permettendo un'intensificazione degli scambi commerciali sia con la Cisgiordania che con lo stesso Israele. Si tratterebbe anche di un modo per contribuire a mettere fine alla cosiddetta economia dei tunnel gestita dalle autorità *de facto* della striscia, consentendo il rafforzamento del settore privato e la crescita della società civile, a garanzia di un adeguato sviluppo democratico.

L'Italia ha proposto e sta spingendo per una rapida riattivazione della missione Eubam di monitoraggio doganale europea ai confini con la striscia di Gaza, che dovrà garantire l'apertura dei valichi in sicurezza, nell'ambito di un'azione parallela volta a prevenire il traffico illegale di armi.

La recente *escalation* militare fra Israele e Gaza è solo il segnale più recente che lo *status quo* è insostenibile e che il processo di pace ha bisogno di essere rilanciato attraverso una forte iniziativa diplomatica da parte della comunità internazionale, in particolare dal Quartetto: Onu, UE, Stati Uniti e Russia. L'obiettivo di tale azione deve essere di far ripartire al più presto un dialogo che porti a rapidi progressi verso la soluzione di due Stati che vivano in pace e sicurezza l'uno a fianco all'altro.

Riguardo alla vicenda occorsa alla nave "Estelle", la Farnesina è rimasta in costante contatto con i familiari del cittadino italiano Marco Ramazzotti Stockel che era a bordo ed ha impartito istruzioni alla propria rete consolare, ed in particolare all'ambasciata a Tel Aviv, volte a fornirgli tutta

l'assistenza possibile. Il mattino del 20 ottobre 2012, appreso dalla stampa dell'avvenuto contatto tra navi israeliane e la motonave "Estelle", l'ambasciata italiana a Tel Aviv si è immediatamente attivata, attraverso ripetuti contatti con le autorità israeliane, per assicurare appropriata assistenza consolare al cittadino italiano. Il responsabile della cancelleria consolare ha quindi incontrato il signor Ramazzotti Stockel presso la centrale di polizia della città di Holon alle ore 01.00 del mattino del 21 ottobre e, d'intesa con l'interessato, ha concordato con le controparti israeliane il suo immediato ritorno in Italia con volo per Roma dello stesso giorno.

Il 21 novembre l'ambasciata ha inoltrato per le vie ufficiali una richiesta di ricostruzione degli eventi alle autorità israeliane, ivi incluse informazioni sulla natura civile o militare delle navi israeliane utilizzate. Tale richiesta non è stata per il momento riscontrata.

Riguardo all'azione del nostro Paese verso una possibile soluzione del conflitto israelo-palestinese, occorre sottolineare che il Governo è da tempo impegnato direttamente e nel contesto dell'Unione europea a rilanciare il processo di pace con l'obiettivo di formazione dei due Stati, quello israeliano e quello palestinese, che possano vivere fianco a fianco, in pace, sicurezza e mutuo riconoscimento. Nel corso del 2012 numerosi sono stati i contatti al più alto livello istituzionale, tra cui si segnalano le visite in Israele e nei territori palestinesi del Presidente del Consiglio Monti in aprile e del ministro Terzi in settembre, ed il III vertice bilaterale con Israele svoltosi a Gerusalemme il 25 ottobre. Il ministro Terzi ha ricevuto a Roma, nel mese di luglio, il Ministro degli esteri israeliano Lieberman ed il Presidente palestinese Abbas. Si è inoltre svolto a Roma, il 23 novembre, il I comitato direttivo congiunto con l'ANP, con la partecipazione di delegazioni governative guidate dai due Ministri degli esteri Terzi e Malki.

Tali occasioni hanno offerto l'opportunità di incoraggiare le parti a riprendere il dialogo in vista di un ritorno ai negoziati diretti e di offrire sostegno alla *leader* moderata palestinese, nel momento in cui essa appariva indebolita non solo finanziariamente, ma anche politicamente nei confronti delle autorità *de facto* di Gaza come conseguenza dell'*escalation* militare conclusasi di recente. In tal senso va letto il voto favorevole da parte dell'Italia alla risoluzione palestinese all'Assemblea generale dell'Onu il 29 novembre, sulla base della disponibilità espressa dal presidente Abbas a riprendere i negoziati senza più pre-condizioni, astenendosi da ogni ulteriore azione basata sul nuovo *status* palestinese alle NU che possa allontanare il traguardo dell'accordo di pace.

Il Sottosegretario di Stato per gli affari esteri

DE MISTURA

(27 dicembre 2012)

PEDICA. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

S.P., detto Lillo, sotto-capo della Marina militare a Brindisi, in data 7 agosto 2003, nella località Santa Sabina di Carovigno (Brindisi), ha un arresto cardiaco;

a causa della mancanza di ossigeno Lillo subisce danni cerebrali. La notizia è data più tardi ai familiari in ospedale, dove i medici riferiscono altresì dello stato di coma del giovane;

intubato il ragazzo viene trasportato all'unità di rianimazione di Brindisi, dove rimane per tre mesi, poi viene trasferito al Villa Verde di Lecce e vi rimane altri cinque mesi. Dopo otto mesi tra rianimazione e unità di risveglio viene riferito che il miglior luogo per il giovane è la famiglia, ma la diagnosi è gravissima: stato vegetativo persistente per conseguenze *post* -anossiche, con danni cerebrali parietali, temporali, corticali;

in data 28 marzo 2004 il ragazzo, bisognoso di assistenza continua, viene riportato a casa, dove, da allora, lo assistono 24 su 24 ore la madre e il padre che, nel frattempo, per stare vicino al figlio hanno deciso di abbandonare il lavoro;

la famiglia riferisce all'interrogante come la situazione sia veramente drammatica, anche a causa della mancanza di un'adeguata assistenza domiciliare effettuata da figure professionali competenti. In particolare sono state anche ridotte le sedute di fisioterapia, che tra l'altro durano meno di mezz'ora, da cinque a tre giorni a settimana;

la famiglia nel 2009 viene a conoscenza di un centro di riabilitazione di altissima specializzazione in Svizzera (Valens), che notoriamente non conosce eguali in Italia: la Clinica Valens, infatti, specializzata in neurologia e neuro riabilitazione, è considerata uno dei centri di riabilitazione *leader* a livello internazionale. Nella clinica vengono assistiti pazienti con impedita o ridotta capacità motoria provenienti dalla Svizzera e dall'estero;

considerato che:

i genitori di Lillo decidono quindi di inoltrare domanda e relativa documentazione al suddetto centro per un primo ciclo di cura, che inizierà circa un anno data la lunga lista d'attesa;

la famiglia riferisce all'interrogante di aver iniziato, nel mese di giugno 2010, ad instaurare un dialogo con la Direzione sanitaria della Azienda sanitaria locale di Brindisi - all'epoca il direttore sanitario era il dottor Rodolfo Rollo - riuscendo ad ottenere l'autorizzazione per effettuare il primo ciclo di cura nel centro svizzero;

nonostante la mancata dazione di un anticipo delle spese da parte della Asl competente, e nonostante la grave situazione economica in cui versano, i genitori riescono a sopportare il costo della suddetta cura grazie all'apertura, su un *social network*, di una campagna di solidarietà per il giovane;

nell'agosto 2010 la famiglia si reca in Svizzera per far effettuare a Lillo il primo ciclo di cure: in proposito riferisce di aver dovuto anticipare ogni somma e di non aver ricevuto ancora alcun rimborso;

nel novembre 2010 la famiglia viene poi autorizzata a recarsi nuovamente in Svizzera per far effettuare un'operazione molto complicata ai piedi del giovane: la riabilitazione viene svolta nuovamente presso la clinica di Valens, e nell'occasione gli interessati ottengono i rimborsi economici da parte della Asl di Brindisi;

in data 19 luglio 2011 la famiglia presenta la richiesta per un altro ciclo, ma non riceve alcuna risposta in proposito. Sceglie allora di partire comunque per la Svizzera, sostenuta economicamente ancora una volta dalla generosità delle persone; nel frattempo decide altresì di affidarsi ad un legale per la tutela degli interessi del giovane, anche perché è venuta a conoscenza di casi simili a quello di Lillo, casi in cui però sono stati autorizzati diversi cicli di cure presso la clinica svizzera;

la famiglia riferisce inoltre che le cure svizzere hanno determinato un evidente miglioramento delle condizioni di Lillo;

in data 2 febbraio 2012, convinti della bontà delle cure svizzere e pronti ad ogni sacrificio per la salute del proprio figlio, i genitori ripresentano la domanda per l'autorizzazione ad un altro ciclo di cure sempre presso la Clinica svizzera,

la famiglia riferisce che, in data 21 febbraio 2012, il responsabile del Centro di riferimento regionale, che è un fisiatra, e altri due soggetti si sono recati presso l'abitazione del giovane per verificare le condizioni dello stesso;

in data 5 marzo 2012 la famiglia riceve una raccomandata dalla Asl competente dove viene riferito il parere negativo in relazione al nuovo ciclo di cure presso la clinica svizzera, a causa delle condizioni ormai stabili del giovane che avrebbe solo bisogno di *nursing* continuativo ma non di riabilitazione intensiva. Si tratta di un dato ritenuto dagli interessati in forte contraddizione con la relazione del fisiatra, redatta per la presentazione della richiesta, nonché contrario a quanto sostenuto dalla stessa clinica svizzera;

ad avviso dell'interrogante ci si trova di fronte ad una situazione estremamente delicata, coinvolgente diritti fondamentali dell'uomo costituzionalmente garantiti, che richiede una verifica attenta della bontà della decisione della Asl di Brindisi in ordine all'inutilità delle cure richieste dalla famiglia del giovane, data, tra l'altro, l'impossibilità della stessa di far fronte alle spese per le cure all'estero senza il sostegno pubblico,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti in premessa;

se e quali provvedimenti, nell'ambito delle proprie competenze, intenda adottare a tutela del diritto alla salute del giovane coinvolto, in par-

ticolare verificando la bontà delle scelte che hanno condotto la Asl competente a negare l'aiuto richiesto.

(4-07042)

(8 marzo 2012)

RISPOSTA. - Si risponde sulla base degli elementi acquisiti tramite la Prefettura - Ufficio territoriale del Governo di Brindisi.

Il paziente ha subito in data 7 agosto 2003 un arresto cardiaco che, nonostante i soccorsi ed il successivo ricovero presso l'unità di rianimazione dell'ospedale di Brindisi, ha determinato uno stato di coma permanente.

Perdurando lo stato di coma vegetativo durante il periodo di degenza presso le strutture ospedaliere di Brindisi e di Lecce, il paziente veniva dimesso e rinviato al proprio domicilio: la competente Asl di Brindisi ha assicurato l'erogazione di assistenza infermieristica, trattamenti fisioterapici ed ausili utili (tuttora in dotazione) alla gestione del paziente.

Nel luglio 2010, nel tentativo di apportare un qualche miglioramento allo stato clinico in atto, il paziente su decisione dei congiunti, è stato ricoverato presso il reparto neurologico della clinica "Valens" in Svizzera per un primo ciclo di cure. Tale ricovero, ritenuto appropriato dalla Asl competente, è stato autorizzato e finanziato per un importo pari a 9.597,30 euro.

Nel mese di novembre dello stesso anno, per sottoporre il paziente ad un delicato intervento chirurgico ai piedi, è seguito un altro ricovero presso il "Kanton ospital" di Chur (CH), regolarmente autorizzato e finanziato per un importo pari a 32.040 euro.

Dopo il rientro del paziente al proprio domicilio, peraltro richiesto esplicitamente dalla madre per il sopraggiungere di gravi complicanze infettive conseguenti ad un pregresso intervento chirurgico, in data 2 febbraio 2012, la famiglia ha richiesto l'autorizzazione per un altro ricovero presso la "Valens".

I fisiatri della Asl di Brindisi, a seguito di una consulenza domiciliare, non hanno autorizzato la richiesta, ritenendo che il progetto riabilitativo formulato nella clinica svizzera possa essere effettuato, con altrettanta competenza, presso una struttura ad alta valenza riabilitativa presente in Puglia, nello specifico il centro neurolesi "San Raffaele" di Ceglie Messapica, facente capo alla Asl di Brindisi.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(21 dicembre 2012)

PEDICA. - *Ai Ministri della difesa e dell'interno.* - Premesso che:

l'Italia dei Valori ha presentato diversi atti di sindacato ispettivo denunciando i tagli di risorse operati ai danni delle Forze dell'ordine e del comparto sicurezza pubblica dalla cosiddetta *spending review* (di cui al decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012);

i tagli si abatteranno come una scure sulle assunzioni derivanti dai concorsi, e ne è un chiaro esempio il concorso pubblico per titoli ed esami, indetto con decreto n. 133 del 2011 della Direzione generale per il personale militare del Ministero della difesa, per l'ammissione al secondo corso triennale (2012-2015) di 490 allievi marescialli del ruolo ispettori dell'Arma dei carabinieri;

a seguito dell'approvazione della legge n. 135 del 2012, il numero dei posti messi a concorso da 490 è sceso a 150, secondo quanto previsto all'articolo 1, comma 4, del citato decreto ministeriale che prevede che «Resta impregiudicata per l'Amministrazione della difesa la facoltà di revocare o annullare il presente bando di concorso, di sospendere o rinviare le prove concorsuali, di modificare il numero dei posti, di sospendere l'ammissione dei vincitori alla frequenza del corso in ragione di esigenze attualmente non valutabili né prevedibili ovvero in applicazione di leggi di bilancio dello Stato o finanziarie o di disposizioni di contenimento della spesa pubblica»;

da un'analisi condotta dallo Stato maggiore dell'Arma dei carabinieri si evidenzia che il blocco del *turnover* dell'80 per cento riguarderà gli anni dal 2012 al 2014, mentre nel 2015 esso passerà dall'80 per cento al 50 per cento;

ad avviso dell'interrogante quanto esposto vanifica le legittime aspettative dei candidati vincitori e idonei, oltre a determinare profili critici di legittimità costituzionale, e comporterà un aggravio del carico di lavoro per tutti gli addetti che dovranno continuare a garantire gli *standard* lavorativi,

si chiede di sapere:

se non si ritenga opportuno assumere iniziative di competenza al fine di esonerare totalmente i comparti dell'ordine pubblico e della sicurezza per gli anni dal 2012 al 2015 dall'applicazione del blocco del *turnover*, o per abbassarlo quantomeno al 50 per cento;

se non si ritenga opportuno evitare che vengano banditi nuovi concorsi, considerati anche i costi che gli stessi comportano, assicurando così che venga conseguito lo scorrimento della graduatoria in esame degli idonei non prescelti, che hanno sostenuto sacrifici e spese economiche e, in alcuni casi, hanno persino lasciato il posto di lavoro.

(4-08579)

(31 ottobre 2012)

RISPOSTA. - La questione rientra, a pieno titolo, nel quadro più ampio della "*spending review*" che, nell'ottica di perseguire con equilibrio e rigore gli obiettivi di razionalizzazione della spesa, ha imposto a tutte le amministrazioni una disponibilità ai sacrifici e un impegno per la realizzazione del programma di rimodulazione della spesa stessa.

Nel merito, a fronte delle preoccupazioni connesse alla riduzione del regime di assunzioni nelle forze di polizia nel triennio 2012-2015 per effetto della *spending review* ed in relazione all'esigenza di tutela dei livelli occupazionali dei più giovani, il Ministero, in seno al Governo, si è fatto promotore di una proposta emendativa per l'innalzamento graduale delle attuali percentuali del *turnover* (*ex art.* 14, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135), che è stata recepita nel disegno di legge di stabilità attualmente all'esame del Senato della Repubblica (AS 3584).

Solo nell'ipotesi di innalzamento delle quote di *turnover* i vincitori del concorso potrebbero, gradualmente, accedere alle carriere e si verrebbe incontro alle aspettative dei volontari in ferma prefissata delle forze armate vincitori di concorso.

Per quanto riguarda l'Arma dei carabinieri le attuali percentuali di blocco del *turnover* determinano, da un lato, una contrazione effettiva stimata in circa 6.500 unità nel periodo 2012-2016 e, dall'altro, l'impossibilità per circa 2.500 volontari in ferma prefissata quadriennale, già vincitori di concorso, di essere immessi nelle carriere iniziali delle forze di polizia.

Il Ministro della difesa

DI PAOLA

(17 dicembre 2012)

PERDUCA, PORETTI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che, per quanto risulta agli interroganti, la signora S. D'A., nata e residente

ad Acireale (Catania), è focomelica per sindrome da talidomide, con ipoplasia agli arti inferiore sinistro e superiore destro, grave scoliosi nonché altri problemi di salute;

considerato che a quanto risulta agli interroganti:

la signora portatrice di *handicap* vive in situazione di gravità che necessita di assistenza continua, permanente e globale ed è affetta da grave limitazione della capacità deambulatoria (art. 30, comma 7, della legge n. 388 del 2000) come da verbale della commissione medica per l'accertamento dello stato di invalidità civile n. 714966/H del 17 marzo 2008 dell'azienda USL 3 di Catania, distretto di Acireale;

in data 18 febbraio 2010 è stata presentata una prima istanza presso il Ministero della salute di ammissione al provvedimento di indennizzo per sindrome da talidomide;

in data 24 maggio 2010 è stato effettuato un sollecito;

in data 1° luglio 2010 è stato effettuato un altro sollecito;

in data 30 agosto 2010 è stato effettuato un ulteriore sollecito;

in data 19 gennaio 2011 vi è stato un riscontro da parte del Ministero con richiesta di integrazione dei documenti (DGPROG0002107-P - 19 gennaio 2011);

in data 28 gennaio 2011 è avvenuta la trasmissione della documentazione richiesta;

in data 26 marzo 2011 l'intera documentazione è stata trasmessa da parte del Ministero della salute al Ministero della difesa - Dipartimento militare di medicina legale di Messina (DGPROG/I.5d.d./2009);

in data 11 luglio 2011 è avvenuta la trasmissione del verbale con giudizio positivo di nesso di causalità (prot. n. 12653/ML/L.210/92 ex legge 24 dicembre 2007, n. 244) dal Dipartimento militare di medicina legale di Messina al Ministero della salute;

in data 28 ottobre 2011 vi è stato l'accoglimento della pratica e la richiesta di trasmissione delle coordinate bancarie;

in data 7 novembre 2011 vi è stata la trasmissione della documentazione richiesta;

in data 23 gennaio 2012 vi è stata la trasmissione della liquidazione dell'indennizzo ex art. 2, comma 363, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e del decreto n. 163 del 2 ottobre 2009;

in data 19 aprile 2012 è stato informato il Presidente della Repubblica dell'intera vicenda;

con il passare del tempo lo stato di salute della signora è sensibilmente peggiorato e la famiglia non ha i mezzi finanziari necessari per far fronte appieno alle complesse e costose cure necessarie,

si chiede di sapere quando si intenda liquidare quanto richiesto e approvato.

(4-07396)

(8 maggio 2012)

RISPOSTA. - Si fa presente che con decreto dirigenziale del 12 luglio 2012 si è provveduto a liquidare le somme spettanti a titolo di indennizzo *ex lege* n. 244 del 2007.

Si fa presente, altresì, che con nota datata 20 luglio è stata data comunicazione all'interessata e, per conoscenza, al segretariato generale della Presidenza della Repubblica dell'avvenuta erogazione del vitalizio.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

CARDINALE

(28 dicembre 2012)

PERDUCA, PORETTI. - *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* - Premesso che:

in data 21 dicembre 2011, Franco Corleone (presidente di *forum* droghe) e Patrizio Gonella (presidente Associazione Antigone) rendevano nota una lettera aperta, da loro indirizzata ad Andrea Riccardi (Ministro per la cooperazione internazionale e l'integrazione, con delega sulle tossicodipendenze), nella quale, tra l'altro, si richiedeva un suo intervento urgente per ridurre il sovraffollamento nelle carceri italiane;

nella lettera aperta pubblicata sul sito "Droga e dipendenze, che fare" era scritto, fra l'altro: "Le ricordiamo alcuni dati eloquenti: su sessantottomila detenuti presenti alla fine del 2010, quasi venticinquemila erano stranieri, oltre sedicimila tossicodipendenti e più di ventisetteemila ristretti per violazione dell'art. 73 della legge antidroga (detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti). Sono questi numeri a convincerci che è indispensabile una sua iniziativa per liberare subito almeno diecimila tossicodipendenti dal carcere. Occorre coinvolgere le Regioni, i Servizi Pubblici delle Dipendenze, le Comunità, il volontariato, la magistratura di Sorveglianza per dare attuazione a un piano che abbiamo già elaborato anche nel dettaglio operativo e dei costi";

non risulta agli interroganti che la lettera aperta citata abbia avuto alcuna risposta da parte del Ministro Riccardi;

il 25 novembre 2011, quando già era in carica l'attuale Governo, il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri emanava le "Linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale";

nelle sue prime 30 pagine, il documento citato riassume e sistematizza l'*iter* di affidamento in prova di detenuti tossicodipendenti o alcolodipendenti, ai sensi dell'art. 94 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990. Le restanti 24 pagine sono una *summa* di considerazioni ascrivibili all'impostazione rigidamente proibizionista del Sottosegretario *pro tempore* alla Presidenza del Consiglio Carlo Giovanardi e del dottor Giovanni Serpelloni, allora come ora Capo Dipartimento Politiche Antidroga della presidenza del Consiglio dei ministri;

a pag. 46 del documento citato, nel paragrafo intitolato "Il diritto alle cure gratuite per le persone tossicodipendenti", è scritto: "La somministrazione controllata di Eroina viene esclusa per la bassa aderenza al trattamento riscontrata nel medio-lungo termine, per la necessità di assumerla per via endovenosa ben 4 volte al giorno e per la necessità di eseguire questa terapia da parte del paziente sempre in ambiente sanitario controllato con la necessità di valutazione per almeno 60 minuti post iniezione con ciò che comporta per il paziente in termini di tempo/ore dedicate (dalle 5 alle 7 ore al giorno compresi gli spostamenti). L'eroina inoltre non viene utilizzata anche per l'aumentato rischio di overdose rispetto al metadone e per la presenza di farmaci alternativi (metadone, buprenorfina) che si sono dimostrati più sicuri, efficaci e maneggevoli";

a pag. 48 del documento citato, è scritto: "La politica e gli interventi di harm reduction (riduzione del danno), se applicati da soli e al di fuori di un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, risultano, nel lungo termine, fallimentari, costosi, e di scarso effetto preventivo, oltre al fatto che sono in grado di cronicizzare lo stato di tossicodipendenza";

a pag. 49 del documento citato, è scritto: "E' fondamentale basare le scelte degli interventi, le programmazioni delle azioni, dei sistemi preventivi ed assistenziali nel campo della droga, sulle evidenze scientifiche di sicurezza, efficacia e sostenibilità ma è altrettanto importante integrare e bilanciare queste scelte con criteri etici e di accettabilità sociale nel contesto di appartenenza. Le prove di efficacia (evidence based approach) così come le analisi economiche di costo beneficio e costo efficacia, non possono da sole bastare a giustificare le scelte strategico-politiche di programmazione sanitaria per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie quali la dipendenza da sostanze";

l'art. 1, comma 15, del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 così dispone: "Ogni tre anni, il

Presidente del Consiglio dei Ministri, nella sua qualità di Presidente del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, convoca una conferenza nazionale dei problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope alla quale invita soggetti pubblici e privati che esplicano la loro attività nel campo della prevenzione e della cura della tossicodipendenza. Le conclusioni di tali conferenze sono comunicate al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa";

l'ultima Conferenza nazionale sulle droghe si è tenuta a Trieste dal 12 al 14 marzo 2009.

si chiede di sapere:

se il Governo intenda attivare gli uffici competenti per valutare il progetto, elaborato dalle Associazioni Forum droghe e Antigone, volto a favorire la decarcerizzazione di migliaia di cittadini detenuti tossicodipendenti;

se da quanto scritto a pag. 46 del documento di cui in premessa si può desumere che non esistano attualmente divieti legislativi alla somministrazione controllata di eroina ai cittadini tossicodipendenti da parte del Servizio sanitario nazionale ma solamente considerazioni di opportunità medico-scientifica, come tali del tutto opinabili;

quale sia la valutazione del Governo sulle considerazioni contenute nei passaggi del documento di cui in premessa relativi sia alle misure di "riduzione del danno" sia alle prove di efficacia (*evidence based approach*);

se il Governo ritenga di ottemperare a quanto previsto dall'art. 1, comma 15, del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, convocando entro fine anno la Sesta Conferenza nazionale sulle droghe.

(4-08671)

(14 novembre 2012)

RISPOSTA. - Per quanto riguarda il progetto elaborato dalle associazioni Forum droghe e Antigone, volto a favorire la decarcerizzazione di cittadini detenuti tossicodipendenti, si ritiene che tale tema sia particolarmente degno di attenzione come già il Ministro ha espresso il 21 febbraio 2012, in occasione nell'incontro bilaterale tra Italia e Stati Uniti sulle tossicodipendenze a Roma. Si ritiene, infatti, che sia necessario valorizzare ancora di più, con gli attuali sistemi di cura e riabilitazione, il pieno recupero e reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente e che, in tale quadro, occorrerebbe riflettere sui servizi e sulle misure alternative al carcere, che devono avere sempre come obiettivo principale il trattamento precoce della tossicodipendenza e la riabilitazione della persona.

Il Governo ha già attivato il progetto “Carceri e droga: linee di indirizzo per l’incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcooldipendenti sottoposte a provvedimenti dell’autorità giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale”. Esso, in linea con gli obiettivi del piano di azione nazionale antidroga, prevede la definizione di proposte per rendere maggiormente fruibile la possibilità di accesso alle misure alternative al carcere per le persone tossicodipendenti o alcooldipendenti, la promozione e la conclusione di un atto di intesa Stato-Regioni per rendere effettivi ed efficaci su tutto il territorio nazionale i flussi di accesso alle comunità terapeutiche in regime di misure alternative al carcere e infine, la creazione di un flusso di dati costante all’osservatorio nazionale.

Con tale iniziativa si intende articolare una procedura snella ed efficace di accesso da parte del detenuto tossicodipendente o alcooldipendente alle misure alternative al carcere di tipo riabilitativo, evitando anche il ricrearsi di situazioni di sovraffollamento delle carceri, che peggiorano la qualità della vita di tutti i detenuti, e fornendo alternative terapeutiche valide.

Le norme dell’ordinamento incentivano e sono orientate alla riabilitazione, riconoscendo la possibilità anche ai tossicodipendenti reclusi di utilizzare percorsi alternativi al carcere, per rientrare in programmi di cura e riabilitazione presso comunità terapeutiche o strutture territoriali (previsti dall’art. 94 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990). Questa alternativa però viene ancora troppo poco utilizzata e, nonostante vi sia stato nell’ultimo anno un incremento delle persone uscite dal carcere per intraprendere percorsi riabilitativi, è bene incentivare e promuovere ancora di più tale processo.

Per quanto riguarda la somministrazione controllata di eroina ai cittadini tossicodipendenti da parte del Servizio sanitario nazionale si ricorda che tale possibilità non è consentita dalla legge perché tale sostanza non rientra tra quelle che hanno attività farmacologica a scopo medico e nelle terapie ufficiali. Oltre a ciò va ribadito che anche le “camere del buco” sono espressamente vietate dalla legge, così come la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l’estrazione, la raffinazione, la vendita, la cessione, la distribuzione, il trasporto e il commercio di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Al riguardo, la posizione dell’Italia è conforme anche alle convenzioni internazionali *ad hoc* in materia di droga (quali la “Convenzione unica sugli stupefacenti” di New York del 30 marzo 1961, così come modificata a Ginevra il 25 marzo 1972).

L’istituzione delle “narcosale” appare in contrasto con le politiche per contenere il fenomeno della tossicodipendenza adottate dal Governo sulla base delle quali si considera prioritario privilegiare l’impiego delle risorse in direzioni diverse, con l’individuazione di attività di primo contatto mediante unità mobili, *drop-in center*, centri di pronta accoglienza e offerta di terapie farmacologiche a bassa soglia.

In tal senso, già molte Regioni hanno attivato sistemi di accoglienza immediate e utilizzato terapie farmacologiche come forma di incentivazione al contatto e al proseguimento di percorsi terapeutici e di affrancamento dall'uso di sostanze stupefacenti a più alta soglia e nel più luogo termine.

Anche le pratiche di "*pill testing*" sono precluse dalla legislazione antidroga e dal codice di procedura penale. I passaggi delle sostanze provenienti dal mercato clandestino dei potenziali consumatori agli operatori incaricati di effettuare il *test*, prima e dopo lo svolgimento dello stesso esame, potrebbero, infatti, configurarsi, ai sensi della vigente normativa, come condotte illecite di rilevanza penale. Ulteriori complicazioni potrebbero emergere qualora gli operatori rivestano anche le specifiche qualifiche cui il codice di procedura penale ricollega l'obbligo di riferire l'eventuale notizia di reato.

Attualmente non esistono *test* di laboratorio "*on site*" (se non mediante apparecchiature costose e particolarmente complicate so il profilo tecnico) in grado di rilevare con la necessaria attendibilità le caratteristiche tossicologiche delle sostanze. Una corretta valutazione sull'efficacia di queste pratiche dovrebbe tener conto anche della presenza nei circuiti di spaccio, soprattutto per quanto riguarda le sostanze *ecstasy like* di prodotti chimicamente diversi, taluni dei quali neppure identificati in precedenza, e alla variabilità della risposta individuale alla sostanza stupefacente. Un esito "rassicurante" del *test* potrebbe anche indurre il consumatore a ritenere erroneamente sicura l'assunzione della sostanza sottoposta al controllo e, in caso di intossicazione, potrebbe innescare profili di responsabilità in capo all'autore dell'accertamento tossicologico sulla sostanza che ha provocato il malore.

Inoltre, le sostanze risultate non di qualità in seguito all'esito del *pill testing*, soprattutto ove il consumatore non acconsentisse allo smaltimento, potrebbero essere cedute dal detentore ad altri consumatori ignari del *test* al fine di fare provvista di denaro per acquistare nuove sostanze.

La possibilità che alcune dosi di sostanze stupefacenti superino il *test* potrebbe portare a supporre che esistano droghe "buone" da assumere e sostanze "cattive" da evitare, magari sul presupposto che non sia la sostanza in sé a danneggiare gravemente la salute del consumatore ma la presenza nella dose confezionata di qualche eccipiente o adulterante pericoloso o tossico per l'assuntore.

In quest'ambito si ricorda che in Italia è già attivo dal 2009 il sistema di allerta precoce e risposta rapida per le droghe (National early warning system), che può rilevare la comparsa sul mercato clandestino di sostanze atipiche e raccogliere informazioni su anomali sintomi di intossicazione e sulla comparsa di nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già note. Il sistema consente anche di attivare selettivamente la rete dei servizi per garantire una risposta rapida sul territorio da parte delle unità operative territoriali e regionali preposte alla tutela della salute pubblica e di

segnalare al punto focale nazionale Reitox dell'osservatorio europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze il fenomeno rilevato, al fine di diffondere le informazioni acquisite anche all'interno del *network* europeo.

Tale sistema di allerta, al pari di tutti gli altri, attivato da segnalazioni provenienti dalle strutture territoriali competenti, che si trasformano in tempestive comunicazioni di rischio imminente per la popolazione tossicodipendente, si avvale anche della collaborazione delle forze di polizia con specifiche competenze nel settore del contrasto degli stupefacenti e di una serie di consulenze tecnico-scientifiche con varie strutture scientifiche e laboratori operativi sul territorio nazionale (centri antiveleno, tossicologie forensi, istituti di medicina legale, laboratori universitari, laboratori delle forze di polizia).

Riguardo alla distribuzione controllata di eroina, che si tradurrebbe nella consegna e assunzione di un prodotto farmaceutico del tutto simile alla sostanza stupefacente presso strutture dedicate a cui il tossicodipendente avrebbe accesso per praticarsi l'iniezione endovenosa, si osserva che pochi soggetti ne potrebbero usufruire (non più del 3 per cento della popolazione tossicodipendente). Le esperienze di altri Paesi, in cui la prescrizione di eroina è stata adottata, hanno inoltre dimostrato che gli stessi pazienti tendono, nell'arco di 4-6 mesi, ad abbandonare questo tipo di soluzione.

Questo tipo di iniziativa, richiedendo frequentemente l'accesso ai servizi 4 volte al giorno, con una durata almeno oraria di ciascuna singola terapia iniettiva, comporterebbe un alto costo del dispositivo sanitario con possibili ripercussioni sullo svolgimento a favore degli stessi tossicodipendenti di attività sanitarie più efficaci.

Riguardo alla valutazione del Governo sulle misure di "riduzione del danno" e sulle prove di efficacia (*evidence based approach*) si sottolinea che l'obiettivo degli interventi di prevenzione e contrasto delle tossicodipendenze è quello di recuperare ad una vita autonoma e socialmente integrata le persone tossicodipendenti traendole fuori dalla propria condizione di dipendenza.

Le iniziative adottate non dovrebbero essere alternative alle cure ma complementari ed integrate con gli interventi di cura, riabilitazione e reinserimento della persona tossicodipendente che devono avere come fine ultimo il recupero (*recovery*) della persona tossicodipendente e non la sua cronicizzazione e stabilizzazione in uno stato permanente di dipendenza da sostanze stupefacenti, siano essi farmaci o sostanze illegali.

La politica e gli interventi di riduzione del danno, se applicati da soli ed al di fuori di un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, risultano nel lungo termine non efficaci, costosi e di scarso effetto preventivo, oltre al fatto che sono in grado di cronicizzare lo stato di tossicodipendenza.

Inoltre, le terapie farmacologiche non possono essere considerate mere azioni di riduzione dei rischi e dei danni, ma veri e propri strumenti di

cura e riabilitazione finalizzati, in tempi diversificati in base alle caratteristiche del paziente, alla terapia integrata della dipendenza.

Le misure, dimostrate realmente efficaci nel medio e nel lungo termine per la riduzione del rischio infettivo (HIV, epatiti, TBC, eccetera) e delle *overdose*, sono quelle per la dipendenza e quelle antiretrovirali, che dovrebbero quindi essere offerte quanto più precocemente possibile e gratuitamente, anche promuovendo un contatto attivo con le persone coinvolte.

Al termine “riduzione del danno” andrebbe preferito quello di prevenzione delle patologie correlate all’uso di sostanze stupefacenti, proprio per rimarcare l’aspetto di evitare il danno, e quindi prevenirlo (e non solo ridurlo una volta acquisito). Azioni concrete che si esplicano all’interno di tale forma di prevenzione sarebbero più finalizzate a minimizzare soprattutto i rischi di acquisizione delle patologie correlate alla patologia primaria (la tossicodipendenza) quali, ad esempio l’infezione da HIV, le epatiti, la TBC, il rischio di morte da *overdose*, l’incidentalità o le altre condizioni devianti più di tipo sociale, come il coinvolgimento in attività criminali o nella prostituzione.

Su tali aspetti la posizione italiana è del tutto conforme con la posizione di molti Governi e riflessa nel documento adottato dal più importante organo decisionale delle Nazioni Unite sulle politiche antidroga (“Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balance strategy to counter the world drug problem”).

Il termine “riduzione del danno” è molto usato a livello internazionale per quanto riguarda sia gli aspetti della tossicodipendenza sia l’infezione da HIV/AIDS, anche se non correlata alla tossicodipendenza.

Per alcune organizzazioni rientrano in tale termine anche misure, non accettabili dal nostro Paese, in quanto contrarie alle convenzioni internazionali in materia di droga come la stessa Commissione narcotici delle Nazioni Unite ha più volte segnalato, come l’apertura delle stanze di auto-somministrazione (le “stanze del buco”) e la distribuzione controllata di eroina.

Vi è, poi, confusione sul fatto che molti sostenitori della riduzione del danno fanno rientrare in questa fattispecie anche la somministrazione di terapie farmacologiche per la tossicodipendenza e le terapie antiretrovirali.

Tuttavia, gli obiettivi di “ridurre i danni” o “curare perseguendo la guarigione e il recupero” sono diversi, inserire le varie terapie all’interno della riduzione del danno perdendo il principio del recupero potrebbe condizionare negativamente la programmazione socio-sanitaria.

Ulteriore confusione potrebbe derivare dall’utilizzazione del termine “riduzione del danno” anche per la prevenzione del contagio delle infezioni in quanto in questi casi non si tratta di ridurre il danno, ma di ridurre il rischio di un contagio e le conseguenze di questa infezione.

L’accettazione di questi due diversi concetti, in termini concreti ed operativi, comporta la strutturazione di strategie ed azioni ben diverse. Il

termine “riduzione del danno” andrebbe accettato se associato ed preceduto al termine rischio e quindi rischio e riduzione del danno, nel caso in cui si parli di azioni in ambito preventivo.

Come nel caso delle infezioni da HIV, l’uso dei termini “*risk and harm reduction*” dovrebbe chiarire le azioni poste in essere, facendo quindi riferimento specifico al documento del 2009 “Who, Unodc Unaid technical guide”, nel quale vengono elencati precisamente gli elementi costitutivi senza possibilità di inserire altre misure non accettabili.

Dove ci si occupa e si vuole intendere azioni ascrivibili alla “terapia, cura, trattamento” della tossicodipendenza, sarebbe forse più appropriato utilizzare i termini “*treatment and recovery*” rispetto a “*harm reduction*”. Infatti, la cura mediante vari trattamenti (farmacologici, residenziali, eccetera) non è una misura di riduzione del danno ma una vera e propria “terapia” finalizzata non solo a ridurre i rischi ed i danni collegati alla tossicodipendenza attiva ma soprattutto alla guarigione ed al recupero della persona tossicodipendente.

Come evidenziato nel caso dell’HIV, l’uso regolare di farmaci consente di norma anche l’abbattimento della quantità di virus nel sangue con conseguente riduzione della possibilità di trasmissione dell’infezione. Questo effetto della terapia primaria antiretrovirale è ascrivibile, in via secondaria e come conseguenza della terapia, all’area di prevenzione del contagio e quindi della “riduzione del rischio”. La finalità primaria, però, della somministrazione precoce di farmaci antiretrovirali a persone con infezione da HIV è e resta la “cura” di tale infezione non solo o primariamente la “riduzione del rischio” di trasmissione dell’infezione, seppur importante.

Le strategie da adottare pertanto dovrebbero tenere conto di questa importante distinzione perché ascrivere alle strategie di riduzione del rischio o del danno le terapie finalizzate alle cure di patologie primarie, siano esse le infezioni o le varie tossicodipendenze, valorizzerebbe primariamente gli obiettivi di riduzione dei rischi, normalmente effetti secondari e consequenziali alle terapie, e non quelli di cura, riabilitazione e recupero della salute e della socialità dei pazienti, obiettivi primari di ciò che in medicina viene definito come “cura” o “terapia”.

Per quanto riguarda la conferenza nazionale sulle droghe, si osserva che, pur ritenendo indispensabile attuare sedi di confronto, di scambio e di ascolto degli operatori del settore per ricevere indicazioni utili per le politiche antidroga in Italia, a causa purtroppo dell’assenza di risorse finanziarie adeguate non è stato possibile organizzare finora tale evento.

Il Ministro per la cooperazione internazionale e l’integrazione

RICCARDI

(14 gennaio 2013)

PINOTTI. - *Ai Ministri del lavoro e delle politiche sociali e dell'economia e delle finanze.* - Premesso che:

è di queste settimane la notizia dell'invio da parte dell'INPS di circa 200.000 lettere, di cui 5.500 nella sola Liguria, contenenti la richiesta di restituzione di somme indebitamente erogate dallo stesso istituto previdenziale a circa 200 pensionati nell'anno 2009;

si tratta della cosiddetta quattordicesima, ovvero di un *bonus* introdotto nel 2007 dal Governo Prodi a favore dei pensionati con età pari o superiore a 64 anni e con un reddito non superiore a 8.649,84 Euro (esclusi eventuali assegni familiari e indennità di accompagnamento);

nella comunicazione inviata dall'INPS si legge testualmente: "Dall'analisi dei redditi relativi all'anno 2009, è risultato che Le è stata corrisposta una somma non dovuta. Siamo pertanto costretti a provvedere al recupero mediante trattenute mensili a partire da novembre 2012 per complessive 12 rate. Cordiali saluti";

l'indebita riscossione della somma da parte dei pensionati sarebbe avvenuta a seguito di alcune incomplete segnalazioni da parte degli stessi pensionati o nella compilazione della dichiarazione reddituale presentata all'INPS; tali incongruenze sarebbero state rilevate solo in seguito, ovvero nel momento in cui l'INPS ha ricevuto dall'Agenzia delle entrate le dichiarazioni dei redditi (modello Unico 2011 relative ai redditi 2010) presentate dagli stessi pensionati;

la richiesta avanzata dall'INPS sta suscitando profonda preoccupazione tra quei pensionati che si sono visti recapitare dopo ben tre anni e in modo del tutto inaspettato la richiesta di restituzione del *bonus*, costretti a restituire una somma di danaro percepita nel 2009 che varia da un minimo di 336 euro a un massimo di 504 euro;

sulle modalità di restituzione del beneficio non è stata ancora avanzata una proposta definitiva anche se da alcune notizie riportate dalla stampa si apprende che potrebbero essere previste trattenute con eventuali rateizzazioni in 12 o 24 mesi;

considerato che:

l'INPS ritiene la restituzione un atto dovuto in applicazione della legge che fissa i requisiti per l'erogazione del *bonus*;

ai sensi dell'articolo 13, comma 2, della legge n. 412 del 1991 l'INPS procede annualmente alla verifica delle situazioni reddituali dei pensionati incidenti sulla misura o sul diritto alle prestazioni pensionistiche e provvede, entro l'anno successivo, al recupero di quanto eventualmente pagato in eccedenza;

l'INPS non ha operato il recupero dell'eventuale indebito nei termini prescritti dalla surrichiamata disposizione,

si chiede di sapere:

quali siano le considerazioni del Governo su quanto riportato e se non intenda attivarsi per sanare tale incresciosa situazione;

quali siano le sue considerazioni in merito alle modalità di riscossione che l'INPS intende adottare e se non ritenga di doversi attivare per individuare in tempi rapidi le modalità di recupero dell'eventuale indebitato più idonee a tutelare i pensionati coinvolti in tale incresciosa vicenda;

se, in considerazione della grave crisi economica che il nostro Paese sta attraversando e della particolare condizione in cui versano molti pensionati, non ritenga opportuno istituire un tavolo per valutare l'eventuale ampliamento della platea dei pensionati beneficiari del *bonus* di cui si discute.

(4-08344)

(3 ottobre 2012)

RISPOSTA. - L'interrogazione concerne le procedure adottate dall'Inps per il recupero della somma aggiuntiva (detta quattordicesima) introdotta dal decreto-legge n. 81 del 2007 in favore di pensionati con età pari o superiore a 64 anni e titolari di redditi bassi, la cui misura non può essere superiore a una volta e mezza il trattamento delle pensioni minime dei lavoratori dipendenti.

Si tratta di un problema che merita certamente attenzione, in quanto coinvolge un rilevante numero di cittadini, e le loro famiglie, le cui condizioni reddituali possono essere sensibilmente incise dalle restituzioni cui sono stati chiamati dall'Inps. In tal senso non può essere trascurata l'anomalia che viene a determinarsi laddove il pur legittimo controllo dei requisiti reddituali previsti dalla legislazione vigente avvenga diversi anni dopo l'erogazione delle somme aggiuntive.

Secondo quanto riferito dall'Inps, infatti, l'istituto nel mese di giugno 2012 ha effettuato la verifica a posteriori della somma aggiuntiva corrisposta nell'anno 2009, considerando quale limite di reddito quello previsto annualmente sulla scorta dei coefficienti di rivalutazione delle pensioni stabiliti dal Ministero per l'anno 2009. Dalla verifica è scaturita la revoca totale o parziale del beneficio per più di 200.000 pensionati, pari a circa il 6 per cento di tutti i pagamenti effettuati.

Tale discrasia nei tempi della verifica determina nei beneficiari, che già possiedono redditi esigui, un comprensibile affidamento nella reale disponibilità di tali importi e la conseguente difficoltà a far fronte alle richieste di recupero.

In considerazione dei tempi prolungati impiegati per i controlli, che tuttavia sono stati effettuati nel rispetto delle disposizioni vigenti, non-

ché per venire incontro alle condizioni di disagio che verosimilmente possono determinarsi in ragione delle richieste di restituzione, l'Inps ha corrisposto alle esigenze rappresentate stabilendo di recuperare in 12 rate, a partire da novembre 2012, l'importo aggiuntivo indebitamente erogato, a fronte delle 5 rate con cui era stato disposto l'analogo recupero in occasione delle precedenti verifiche.

A questo proposito si assicura che i competenti uffici dell'istituto hanno avviato le necessarie valutazioni per verificare la possibilità di dilazionare il recupero in un numero ancora maggiore di rate.

Per altro verso si deve sottolineare che le operazioni di recupero disposte, oltre a rispondere alle previsioni normative che impongono di richiedere la restituzione di somme indebitamente percepite, vanno, in una più generale ottica di equità sociale, nella direzione di garantire che la "quattordicesima" venga riconosciuta solo ed esclusivamente a quei pensionati che, in ragione di redditi bassi, sono stati individuati dal legislatore come gli effettivi destinatari della misura introdotta nel 2007. All'azione di recupero, pertanto, va riconosciuto anche il compito di evitare possibili comportamenti opportunistici.

Si rappresenta, inoltre, che la richiesta non è soltanto un atto dovuto, ma un atto ricorrente, perché, da quando è stata istituita la "quattordicesima", il meccanismo è tale per cui l'Inps provvede alla liquidazione, segnalando, peraltro, che la verifica dei limiti reddituali avviene *ex post*; infatti, nelle lettere che vengono spedite ai pensionati si precisa che: «il diritto a ricevere tale importo sarà verificato sulla base della dichiarazione dei suoi redditi definitivi».

Si fa presente, inoltre, che l'Inps ha già previsto di effettuare le verifiche periodiche in tempi più contenuti, dal momento che il sistema dei controlli e di scambio dei dati con l'amministrazione finanziaria e con ogni altra amministrazione pubblica coinvolta, come introdotto con la legge n. 102 del 2009, è ormai pienamente a regime e, in ogni caso, entro un limite temporale che ragionevolmente non dovrebbe superare i due anni dal momento della erogazione del beneficio.

Da ultimo si evidenzia che, pur tenendo nella massima considerazione le esigenze evidenziate, una soluzione che vada nella direzione auspicata nell'ultimo quesito, volta ad ampliare la platea dei pensionati beneficiari della "quattordicesima", richiederebbe un apposito intervento normativo che andrebbe rimesso, per i molteplici profili di competenza, alla collegiale valutazione del Governo e del Parlamento.

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali

FORNERO

(4 gennaio 2013)

POLI BORTONE. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

venerdì 7 ottobre 2011, presso l'ospedale civile di Nardò (Lecce) la signora Coppola accompagnava il marito per fare una colonscopia;

dopo qualche minuto di attesa il paziente era chiamato per firmare un modulo riguardante l'esame e, senza alcuna informazione sul trattamento al quale doveva sottoporsi, gli veniva praticata un'iniezione;

dopo qualche minuto era sottoposto all'intervento sanitario. Dalla sala di attesa la signora Coppola sentiva il marito urlare di dolore; alla richiesta fatta agli infermieri per essere rassicurata sulla salute del consorte, non seguiva alcun conforto o alcuna considerazione da parte degli operatori sanitari;

dopo circa 20 minuti l'esame colonscopico terminava ed il paziente usciva dall'ambulatorio cianotico in viso, con la fronte ed il viso imperlato di sudore, con un aspetto molto patito ed innaturale;

la signora Coppola, triste e molto preoccupata per l'accaduto, chiedeva spiegazioni sul mancato ricorso a farmaci anestetizzanti e/o antidolorifici al medico di turno, ma la risposta ottenuta era che così si interveniva da sempre per quel tipo di trattamenti sanitari e, se non era contenta del Servizio sanitario nazionale, poteva sempre rivolgersi altrove, vale a dire alle strutture a pagamento,

l'interrogante chiede di conoscere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga di dover intervenire con un'indagine ispettiva presso l'ospedale civile di Nardò per verificare se nel caso descritto e in tutte le prestazioni eseguite nel nosocomio venga rispettato l'art. 32 della Costituzione;

se non ritenga utile, per evitare che episodi come quello accaduto si verificino nuovamente, sottoporre periodicamente gli operatori sanitari che ricoprono ruoli di responsabilità ad esami e/o alla valutazione dell'utenza per misurarne la capacità, l'etica e la professionalità.

(4-06260)

(17 novembre 2011)

RISPOSTA. - La direzione sanitaria della Asl di Lecce, per il tramite della Prefettura - Ufficio territoriale del Governo di Lecce, ha comunicato che gli esami endoscopici, effettuati a scopo diagnostico non terapeutico, vengono eseguiti in regime ambulatoriale utilizzando dei semplici analgesici e non la sedazione anestesologica.

Gli stessi esami effettuati a scopo terapeutico, al contrario, rientrano nell'attività chirurgica e, pertanto, vengono effettuati solo in regime di ricovero.

La direzione ha soggiunto che dalle attività di verifica effettuate nei confronti degli operatori sanitari che hanno eseguito la prestazione risulta l'avvenuta somministrazione degli analgesici, previa acquisizione del consenso informato del paziente, che non ha richiesto l'utilizzo della narcosi.

Tale situazione viene confermata anche dalla collaboratrice professionale sanitaria, presente al momento dell'effettuazione dell'esame diagnostico.

Nel sottolineare che l'operatore sanitario in questione esegue esami endoscopici dal 1980, con una media annuale di circa 1.500 esami, ha altresì evidenziato che le difficoltà operative connesse al piano di rientro della Regione Puglia non consentono alle strutture sanitarie di disporre di anestesisti in numero sufficiente a garantire la prestazione in narcosi, se non in presenza di richiesta e/o di particolari condizioni.

Alla luce delle informazioni pervenute, non si ritiene di dover intraprendere specifiche iniziative.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(28 dicembre 2012)

PORETTI, PERDUCA. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che i parti cesarei vengono considerati molto spesso come un insieme unico, per cui se, da un lato, sarebbe auspicabile che la componente dei parti cesarei fosse sempre corretta per il *risk adjustment* (per le variabili materne ed altri caratteri di rischiosità noti *a priori*, si vedano le elaborazioni del Pne-Programma nazionale esiti), dall'altro, non appare adeguato il limitarsi a sottoinsiemi peraltro omogenei e quindi più comparabili (come i "primi cesarei" oppure come l'indicatore NTSV, riferito alle gravidanze primipare, parto a termine, non gemellare, di vertice), in quanto forniscono una visione parziale e potenzialmente distorta dell'intera problematica;

considerato che sarebbe auspicabile che tutti i certificati di assistenza al parto (CEDAP) riportassero correttamente la distinzione fra tagli cesarei "fuori travaglio non urgenti o di elezione", tagli cesarei "fuori travaglio in condizioni d'urgenza" ed infine tagli cesarei "in travaglio";

rilevato che pratiche ostetriche, come la manovra di Kristeller, particolarmente rischiose e sconsigliate a livello internazionale, sono ancora così presenti nel Paese, senza però venir riportate nella cartella clinica e

quindi pesantemente sottostimate dalle rilevazioni ufficiali (in Toscana nel periodo 2003-2010 risulta agli interroganti una frequenza nel 9 per cento circa dei parti),

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno promuovere una indagine epidemiologica *ad hoc* del tipo caso-controllo, mirata ad accertare se sussista un preciso ed inequivocabile nesso di causa-effetto fra l'effettuazione della manovra di Kristeller e la presenza di danni o sequele per la puerpera e/o il neonato.

(4-06295)

(29 novembre 2011)

RISPOSTA. - Sulla materia l'Istituto superiore di sanità (ISS) ha inteso porre a disposizione le proprie conoscenze.

La manovra di Kristeller e, in generale, le manovre volte ad esercitare una pressione sul fondo uterino in corso di travaglio di parto sono tra le pratiche ostetriche maggiormente controverse. La tecnica ostetrica prevede l'applicazione di una pressione manuale sul fondo uterino in direzione del canale del parto con lo scopo di ridurre la durata del secondo stadio del travaglio (Verhrijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane database of systematic reviews 2009, Issue 4 Art. No: CD006067). Le indicazioni cliniche comprendono: il *distress* fetale, la mancata progressione durante il secondo stadio del travaglio, l'esaurimento delle forze da parte della madre o una controindicazione alle spinte materne prolungate, ad esempio a causa di una patologia cardiaca della donna (Simpson KR., Knox GE. Fundal pressure during the second stage of labour: clinical perspectives and risk management issues. The american journal of maternal child nursing 2001; 26 (2):64-71). La prevalenza d'uso della manovra è sconosciuta; tuttavia, nonostante le scarse conoscenze relative all'efficacia nella pratica nel migliorare gli esiti di salute della madre e del neonato, essa sembra essere utilizzata di frequente nella pratica clinica specie nei Paesi a basse risorse economiche (si veda il primo testo citato, ma anche Merhi Z, Awonuga A. The role of uterine fundal pressure in the management of the second stage of labour: a reappraisal. Obstetrical & gynecological survey 2005; 60 (9):599-603).

Non esiste una definizione univoca ed universalmente standardizzata di tale manovra e le modalità con cui la pressione viene esercitata possono variare in maniera consistente. La forza applicata è difficilmente controllabile, e non standardizzabile, anche in conseguenza della diversa posizione fetale, del volume di liquido amniotico, della struttura della pelvi e del canale del parto, del posizionamento della mano sull'addome materno, del peso della donna, della sua circonferenza addominale e dei suoi eventuali concomitanti sforzi con il torchio addominale. Le evidenze relative alla prevalenza d'uso, ai benefici e ai rischi disponibili in letteratura sono limitate.

Una revisione sistematica Cochrane del 2009 (si veda ancora il primo testo citato) ha incluso un solo studio (con 500 donne) in cui la pressione uterina non è stata esercitata manualmente, ma con una cinta gonfiabile. Nonostante la diversità della manovra, gli autori concludono affermando che mancano evidenze a sostegno di un effetto benefico della procedura, come pure sono insufficienti le evidenze per verificare un'associazione causale con i potenziali eventi avversi materni e fetali. Una revisione della letteratura condotta nel 2005 (si veda il terzo studio citato) conclude affermando che mancano prove di efficacia della manovra e che sono stati segnalati alcuni effetti collaterali. Un recente *trial* clinico randomizzato (Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2009; 88(3):320-24) che ha coinvolto 197 donne tra la 37esima e la 42esima settimana di gestazione, non ha rilevato differenze significative tra il gruppo sottoposto alla pressione manuale del fondo e il gruppo di controllo, né per quanto riguarda la durata media del secondo stadio del travaglio, che rappresentava l'esito primario dello studio, né per alcuno degli esiti secondari materni e neonatali. In conclusione, ad oggi non sono disponibili pubblicazioni scientifiche che sostengano l'efficacia e la sicurezza della pressione del fondo uterino in corso di travaglio di parto al fine di ridurre la durata del secondo stadio del travaglio.

Esistono diversi rapporti aneddotici che suggeriscono l'associazione tra la manovra ed eventi avversi materni e neonatali, quali un incremento delle lacerazioni perineali di terzo e quarto grado, fratture costali e rotture d'utero, lesioni del plesso brachiale, fratture e danni cerebrali secondari ad asfissia. L'indisponibilità di dati di letteratura rispetto all'incidenza di eventi avversi potrebbe anche essere secondaria a ragioni medico legali (si veda la quarta pubblicazione citata).

Stante la difficoltà di standardizzazione della metodica, la conseguente facilità di introduzione di *bias*, i diversi esiti avversi da considerare come "caso", lo studio caso-controllo non rappresenta il miglior metodo epidemiologico per valutare l'efficacia della manovra sulla durata del secondo stadio e gli esiti avversi prodotti. In questo caso un disegno dello studio più adeguato è lo studio prospettico, perché la durata di tempo tra esposizione (manovra di Kristeller) ed eventi in studio (durata del secondo stadio del travaglio ed esiti materni e neonatali) è molto breve e dà la possibilità di considerare più esiti avversi o sequele per la puerpera e il neonato. Tuttavia si riproporrebbero i problemi di mancata standardizzazione della metodica e di altri fattori che possono essere associati agli eventi che si vogliono misurare.

L'altra metodica adeguata è il *trial* clinico randomizzato, che però potrebbe comportare problemi etici poiché non esistono prove di efficacia della manovra. Inoltre alcuni degli eventi avversi potenzialmente associati alla manovra hanno una prevalenza molto bassa e la rilevazione di differenze statisticamente significative richiederebbe una numerosità di donne da arruolare nello studio non indifferente.

In conclusione, dal momento che le poche evidenze scientifiche disponibili, anche da *trial* cinici randomizzati, concordano nel ritenere la manovra inefficace, il Ministero e l'ISS ritengono più opportuno, oltre che più rapido, in luogo di un'indagine epidemiologica *ad hoc*, raccomandate di non utilizzare la manovra nell'assistenza al travaglio di parto e di programmare un aggiornamento professionale specifico nell'ambito delle attività di formazione previste dal piano nazionale per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, predisposto dal Ministero e approvato in Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010 («Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». Rep. atti n. 137/CU, (11A00319).G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011).

Tale formazione è finalizzata all'implementazione delle linee guida della gravidanza fisiologica e del parto cesareo.

Infine, si ritiene opportuno riportare la bibliografia scientifica di riferimento in materia, suggerita dall'ISS, per ogni eventuale approfondimento ritenuto meritevole di interesse.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(7 gennaio 2013)

RIZZI, MONTI Cesarino. - *Ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze.* - Premesso che:

dalla prima decade del mese di giugno del 2012 sono circolate in rete attraverso *Facebook*, in un evento pubblico, le immagini di una femmina di cane di razza pastore tedesco o simil pastore tedesco, in spaventose condizioni di denutrizione, detenuta presso un canile privato in provincia di Lecce;

l'emergenza del randagismo fuori controllo e di canili *lager* in molte regioni d'Italia e, in particolar modo, nella regione Puglia, che ne detiene la maglia nera, è già stata oggetto di precedente sindacato ispettivo (4-05167, pubblicato il 17 maggio 2011, seduta n. 552, dal sen. Cesarino Monti e indirizzato al Ministro della salute);

nell'area indicata dalla cartina topografica riportata nell'evento su *Facebook* ha sede anche una "pensione" per cani già oggetto negli anni di plurime segnalazioni da parte di privati cittadini e associazioni per via delle spaventose condizioni dei cani detenuti;

da commenti dell'evento si evince che già il 15 gennaio 2011 erano state diffuse immagini raccapriccianti dello stesso canile *lager* da parte di un coordinamento di associazioni del Salento nell'ambito della Consulta ambiente del Centro servizi volontariato Salento (CSVS) in occasione di un sopralluogo alla sopra citata "pensione" per cani già oggetto di segnalazioni e di cui è noto il nome,

gli interroganti chiedono di sapere:

quale sia, a quanto risulta ai Ministri in indirizzo, la struttura privata in provincia di Lecce oggetto di tali condizioni detentive e se i cani presenti siano sottoposti a periodici controlli da parte dell'Azienda sanitaria locale veterinaria per verificarne lo stato di salute come previsto dalla legge ed eventualmente quali siano ed a chi siano imputabili le responsabilità che hanno causato tale spaventoso stato di denutrizione;

se risulti che ai cani venga somministrata una dose giornaliera di cibo sufficiente a fornire tutti gli elementi nutrizionali necessari alla loro sopravvivenza e ad un adeguato stato di salute, e se i Ministri in indirizzo non ritengano opportuno verificare, nell'ambito delle proprie competenze, se ricorrano le condizioni di "benessere e sussistenza" previste dalla legge n. 281 del 1991 di tutti gli altri animali attualmente detenuti nella struttura privata e se i cani vengono sterilizzati come previsto dalla citata legge;

se risulti che la struttura abbia affisso orari di ingresso al pubblico per le adozioni dei cani e se permetta l'accesso alle associazioni che ne facciano richiesta, come previsto dalla legge, per prestare opera di soccorso agli animali in difficoltà;

se tale struttura risulti essere la stessa oggetto del sopralluogo da parte del coordinamento di associazioni del Salento;

se risulti che le amministrazioni comunali eventualmente convenzionate con tale struttura abbiano effettuato opera di controllo delle condizioni dei cani da loro affidati alla struttura stessa e se abbiano fatto richiesta di accesso ai fondi regionali destinati alla prevenzione e alla tutela del randagismo, come li abbiano utilizzati e/o quali siano le responsabilità nel caso in cui non ne avessero fatto richiesta, come vengano, infine, utilizzate dal gestore le quote di mantenimento per gli animali versate dalle stesse amministrazioni comunali.

(4-07872)

(5 luglio 2012)

RISPOSTA. - La Prefettura - Ufficio territoriale del Governo di Lecce ha segnalato quanto segue.

Il comando provinciale dell'arma dei carabinieri ha comunicato che le immagini divulgate in rete attraverso "Facebook" sono state scattate

nel mese di giugno 2012 da parte di una persona, successivamente identificata dalle stesse forze dell'ordine, ad un pastore tedesco in stato di denutrizione, ospite della struttura cinofila denominata "Le Campure" sita a Castri di Lecce.

Successivamente, la stessa persona ha preso in adozione il pastore tedesco, che attualmente viene accudito presso la sua abitazione.

L'evento sarebbe stato pubblicato su "Facebook" sia per scopi adottivi, sia per ottenere contributi da impegnare per spese mediche e farmacologiche.

Il comando ha comunicato, inoltre, che a seguito di altre segnalazioni pervenute, sono stati effettuati, d'intesa con medici e tecnici veterinari della Asl di Lecce, dei sopralluoghi congiunti presso la stessa struttura, ed in altri canili dislocati nel territorio provinciale, al fine di accertate le condizioni igienico-sanitarie dei cani ospitati.

Dagli accertamenti effettuati dal comando provinciale e dal verbale redatto in data 31 luglio 2012 da medici e tecnici del servizio veterinario della Asl di Lecce, è emerso che la struttura, che ospita (in convenzione) i cani randagi accalappiati nel comprensorio riguardante Nardò, Lequile, San Donato, Vernole, Melendugno, Martignano, Soleto, nonché (in forza di ordinanze sindacali) a Castri di Lecce, San Pietro in Lama, Aradeo, Cutrofianno, Lizzanello e Cavallino, è sottoposta a periodici controlli da parte del personale della stessa Asl, dai quali non risultano episodi di maltrattamento di animali.

Nel corso del sopralluogo il personale della Asl, pur precisando ai responsabili del canile "Le Campure" alcune indicazioni al fine di migliorarne l'efficienza, ha rilevato le buone condizioni di pulizia e di nutrizione degli animali ospitati. Gli ispettori sanitari hanno riscontrato, inoltre, la presenza di un cartello indicante l'orario di accesso al pubblico per le adozioni dei cani, oltre all'esplicito richiamo alla collaborazione delle associazioni di protezione animale per l'affidamento degli animali ospitati nella struttura, che ha già determinato l'adozione di diversi ospiti.

Pertanto, secondo le informazioni acquisite nell'istruttoria, il fenomeno segnalato risulta un caso limite, enfatizzato per scopi di sensibilizzazione sociale, non riconducibile, secondo gli organi di polizia interessati, ad incuria o violenza da parte della struttura coinvolta.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(28 dicembre 2012)

THALER AUSSERHOFER. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

secondo l'Autorità garante della concorrenza e del mercato (AGCM) le parafarmacie presenti sul territorio nazionale sarebbero circa 5.000 (pagina 54 del bollettino "Proposte di riforma concorrenziale ai fini della legge annuale per il mercato e la concorrenza" pubblicato il 9 gennaio 2012);

secondo l'elenco della tracciabilità pubblicato sul sito del Ministero della salute a dicembre 2011, le parafarmacie presenti sul territorio sono invece 3.824;

la normativa nazionale prevede per l'apertura delle parafarmacie solo alcuni obblighi tra i quali l'invio al Ministero della salute e alla Regione in cui ha sede l'esercizio commerciale di una semplice comunicazione di inizio attività di vendita al pubblico di farmaci;

il Ministero, in base alle comunicazioni di inizio attività ricevute, redige un elenco di tracciabilità del farmaco in cui sono indicati i dati identificativi delle parafarmacie che in teoria sono operanti sul territorio, senza tuttavia procedere a una verifica dell'effettiva operatività delle parafarmacie stesse;

a carico delle parafarmacie, in caso di chiusura dell'attività, non è previsto alcun obbligo di comunicazione al Ministero per cui i dati riportati sull'elenco della tracciabilità dei farmaci non sono veritieri e comprendono anche esercizi che hanno cessato la loro attività ovvero potrebbero anche non averla mai avviata;

considerato altresì che, nonostante le parafarmacie vendano farmaci non esistono a loro carico dei controlli efficaci da parte del Ministero della salute, delle Regioni e delle Aziende sanitarie locali così come previsti per le farmacie;

il decreto-legge n. 201 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 214 del 2011, cosiddetto salva-Italia, prevede, all'articolo 32, la possibilità che le parafarmacie in possesso di specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, fissati con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, possano vendere senza ricetta medica anche medicinali di fascia C. La definizione di tali requisiti, oltre a creare una differenziazione all'interno delle parafarmacie, comporterà la necessità di controlli e verifiche sul rispetto dei requisiti stessi, che appaiono quantomeno problematici alla luce delle difficoltà di individuare le parafarmacie effettivamente operanti sul territorio,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno estendere alle parafarmacie i controlli effettuati dalle autorità sanitarie sulle farmacie ovvero, per lo meno, di verificare la loro effettiva operatività, anche in vista

dell'ampliamento del numero dei farmaci vendibili in tali esercizi sulla base di specifici requisiti di cui dovrà essere verificata la sussistenza;

quale risulti essere la fonte attendibile rispetto ai dati relativi alle parafarmacie presenti ed effettivamente operanti sul territorio.

(4-06688)

(26 gennaio 2012)

RISPOSTA. - Riguardo all'estensione alle parafarmacie dei controlli che vengono effettuati dalle autorità sanitarie presso le farmacie, previa verifica della loro effettiva operatività, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha inteso precisare che la vendita di medicinali in esercizi commerciali diversi dalla farmacia comporta l'obbligo, per i titolari dei punti vendita e per i farmacisti che vi prestano la loro attività professionale, di rispettare la normativa vigente in materia di vendita al pubblico di medicinali (circolare del Ministero 3 ottobre 2006, n. 3). Pertanto, la vendita al pubblico di medicinali, da parte di personale non farmacista, anche in esercizi commerciali dove si vendono solo medicinali che non richiedono ricetta medica, configura l'ipotesi di abusivo esercizio di una professione di cui all'art. 348 del codice penale: "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione".

La sanzione ipotizzabile per il farmacista titolare dell'esercizio è quella di favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione. In ogni caso, qualora il farmacista fosse assente, l'esercizio può continuare l'attività escludendo (mediante chiusura del reparto dedicato ai medicinali che, si ricorda, deve essere separato dal resto dell'esercizio) la vendita di medicinali.

L'art. 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante «Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale», entrato in vigore lo stesso 4 luglio, ha previsto la possibilità di vendita di alcuni tipi di medicinali al di fuori delle farmacie. Possono essere venduti i medicinali industriali, non soggetti a prescrizione medica, comprendenti: i medicinali da banco o di automedicazione e i restanti medicinali non soggetti a prescrizione medica menzionati all'art. 87, comma 1, lettera e) e all'art. 96 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE; i medicinali per uso veterinario, nonché i prodotti omeopatici, quando sono classificati come medicinali vendibili senza presentazione di ricetta medica.

Inoltre, in data 9 marzo 2012, in attuazione del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre

2011, n. 214, il Ministro ha emanato un decreto ministeriale, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, recante il nuovo regolamento relativo ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle parafarmacie, di cui all'art. 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223. A norma dell'art. 2 del regolamento, gli esercizi commerciali partecipano al monitoraggio delle confezioni di medicinali all'interno del sistema distributivo, provvedendo alla comunicazione di inizio attività di cui all'art. 5, comma 1, del decreto-legge n. 223, nonché alla comunicazione di ogni variazione intervenuta successivamente, ovvero di cessazione dell'attività di vendita, secondo le modalità rese disponibili nell'apposita sezione del sito *Internet* del Ministero.

Il regolamento distingue due diverse tipologie di parafarmacie, fissandone i nuovi *standard*. Una prima tipologia comprende gli esercizi abilitati a vendere tutti i farmaci senza ricetta; un'altra quelli che potranno vendere solo i farmaci di automedicazione, i cosiddetti "*corner*".

La distinzione tra le due modalità di vendita al pubblico, già contemplata nelle norme in vigore, viene ora ulteriormente sancita dal nuovo decreto ministeriale. Il titolare della parafarmacia, come quello del "*corner*", deve comunicare al Ministero ed all'Aifa, nonché alla Regione o Provincia autonoma dove ha sede l'esercizio, l'inizio dell'attività di vendita dei medicinali, ed effettuare le ulteriori comunicazioni previste dal decreto ministeriale 15 luglio 2004 recante "Istituzione presso l'Agenzia Italiana del Farmaco di una banca dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo".

Le due tipologie di parafarmacia condividono la quasi totalità dei requisiti, oltre ai doveri in materia di farmacovigilanza e tracciabilità. Il farmacista di entrambe le tipologie di esercizi, infatti, è tenuto a segnalare al responsabile della farmacovigilanza della Asl di riferimento tutte le sospette reazioni avverse di cui viene a conoscenza. Entrambe partecipano inoltre al sistema di monitoraggio delle confezioni di medicinali, provvedendo alla comunicazione di inizio attività, alla registrazione nella banca dati centrale del nuovo sistema informativo sanitario e alla comunicazione di ogni variazione o cessazione dell'attività di vendita.

Da ultimo si segnala che l'elenco ufficiale delle parafarmacie è pubblicato sul sito del Ministero nella sezione relativa alla tracciabilità del farmaco, dove ogni esercizio commerciale appare fornito di un codice identificativo univoco. Il Ministero provvede, previa comunicazione del titolare dell'esercizio commerciale, ad assegnare il codice univoco e a pubblicare periodicamente sul proprio sito l'elenco aggiornato dei punti vendita. È dunque tale elenco la fonte attendibile rispetto ai dati relativi alle parafarmacie presenti ed operanti nel nostro Paese.

Il Ministro della salute

BALDUZZI

(28 dicembre 2012)

ZANETTA. - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* -
Premesso che:

come noto, i lavoratori frontalieri italiani che si recano ogni giorno in Svizzera per lavorare sono circa 60.000;

i suddetti lavoratori contribuiscono in maniera consistente all'economia svizzera e la loro ragguardevole presenza sul territorio ha contribuito alla negoziazione tra Italia e Confederazione Elvetica per la regolazione di numerose materie, tra le quali l'indennità di disoccupazione;

considerato che:

mediante la Convenzione tra l'Italia e la Svizzera, ratificata ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 943 - entrata in vigore nel 1979 - sono stati disciplinati gli aspetti previdenziali e di sicurezza sociale concernenti i lavoratori e le lavoratrici italiani aventi lo *status* di frontalieri;

sulla base di tale accordo, la Svizzera retrocede annualmente all'Italia, nella fattispecie all'INPS, gli oneri destinati all'assicurazione per l'indennità di disoccupazione dei richiamati lavoratori e lavoratrici: i contributi retrocessi dalla Svizzera all'INPS - versati in un fondo apposito gestito con contabilità separata - sono stati utilizzati correntemente per finanziare la legge 5 giugno 1997, n. 147, recante "Norme in materia di trattamenti speciali di disoccupazione in favore dei lavoratori frontalieri italiani in Svizzera rimasti disoccupati a seguito della cessazione del rapporto di lavoro";

i lavoratori italiani frontalieri in Svizzera beneficiano, quindi, in caso di disoccupazione, delle indennità previste dalla legge n. 147 del 1997, norma che è finanziata dalla retrocessione, da parte della Svizzera in favore dell'INPS, di una parte dei contributi per la disoccupazione, prelevati dalle buste-paga dei frontalieri;

a partire dal 1° giugno 2009 la Svizzera, per effetto degli accordi bilaterali tra Unione europea e Svizzera, ed in particolare per una disposizione contenuta nel trattato riguardante la libera circolazione delle persone, ha cessato la retrocessione di tali contributi all'INPS;

tuttavia, l'articolo 1 della legge n. 147 del 1997 ha stabilito che l'indennità speciale di disoccupazione sarà pagata fino all'esaurimento del fondo giacente nella gestione separata dell'INPS;

preso atto che:

la decisione n. 1/2012, adottata il 31 marzo 2012 dal Comitato misto sulla libera circolazione delle persone - istituito ai sensi dell'accordo stipulato tra l'Unione europea e agli Stati membri, da un lato, e la Confederazione elvetica, dall'altro, ha stabilito che, a decorrere dal 1° aprile 2012, i nuovi regolamenti comunitari in materia di sicurezza sociale si applicano anche alla Svizzera;

la direzione centrale dell'INPS ha emanato in data 6 agosto 2012 una prima nota di applicazione delle disposizioni suddette;

secondo tali indicazioni il lavoratore frontaliero in stato di disoccupazione beneficia delle prestazioni di disoccupazione secondo la legislazione dello Stato membro del territorio in cui risiede e le suddette prestazioni vengono corrisposte dall'istituzione dello Stato di residenza. Tuttavia l'istituzione elvetica è tenuta a rimborsare, dietro richiesta documentata dell'INPS, le indennità di disoccupazione erogate al disoccupato frontaliero durante i primi tre mesi, in applicazione del regolamento (CE) n. 883 del 2004;

a seguito delle indicazioni ricevute dalla direzione centrale dell'INPS, le varie strutture territoriali operanti nelle zone di confine con la Svizzera, hanno erogato ai lavoratori frontalieri, a partire dal mese di settembre 2012, l'indennità di disoccupazione ordinaria prevista dalla legislazione italiana anziché il trattamento speciale di disoccupazione frontaliera previsto dalla legge n. 147 del 1997;

tenuto conto che:

la suddetta disposizione ha penalizzato fortemente i lavoratori frontalieri in stato di disoccupazione e che l'attuale congiuntura economica negativa ha accentuato le problematiche occupazionali;

le indicazioni fornite dalla direzione centrale dell'INPS risultano essere in contrasto con la legge n. 147 del 1997 e, inoltre, appare necessario utilizzare i fondi giacenti presso l'INPS per il pagamento delle indennità speciali di disoccupazione,

l'interrogante chiede di conoscere:

se il Ministro in indirizzo ritenga opportuno intervenire, in tempi rapidi e alla luce di quanto esposto, al fine di assicurare la corresponsione dei trattamenti speciali di disoccupazione nei casi previsti dalla legge;

quali provvedimenti intenda assumere per chiarire le direttive di applicazione, impartite dall'INPS alle sedi territoriali, allo scopo di garantire l'applicazione della legge n. 147 del 1997.

(4-08477)

(18 ottobre 2012)

RISPOSTA. - I rapporti tra Italia e Svizzera in materia previdenziale sono stati regolati, dal 2002, dall'accordo tra la UE e la Svizzera (ALCP, accordo sulla libera circolazione delle persone) sulla libera circolazione che prevede l'applicazione dei regolamenti comunitari in materia di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

Proprio per venire incontro alle esigenze dei lavoratori frontalieri italiani in Svizzera, il Governo italiano ottenne di mantenere in vigore, per un periodo di 7 anni, il precedente accordo bilaterale che prevedeva la retrocessione dei contributi di disoccupazione versati in Svizzera e l'erogazione di prestazioni di disoccupazione *ad hoc* da parte dell'Inps.

Allo scadere dei 7 anni, nonostante le richieste, anche a livello politico, da parte italiana e, infine, anche congiuntamente con il Governo francese, la parte svizzera non ha ritenuto prorogare la validità degli accordi bilaterali.

Pertanto, nei rapporti tra Italia e Svizzera attualmente si applicano i regolamenti comunitari in materia di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (regolamento (CE) n. 883 del 29 aprile 2004 come modificato dal regolamento (CE) n. 988 del 16 settembre 2009 e regolamento (CE) di applicazione n. 987 del 16 settembre 2009 relativi al coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale), e la disciplina delle indennità di disoccupazione per i lavoratori frontalieri è contenuta nell'articolo 65 e seguenti del regolamento (CE) n. 883/2004.

Al paragrafo 5 dell'articolo viene previsto che il disoccupato, già frontaliere, ha diritto alle prestazioni di disoccupazione a carico dello Stato di residenza e le stesse devono essere corrisposte dall'istituzione competente di tale Stato come se, nel corso della sua ultima attività lavorativa, il lavoratore fosse stato soggetto alla legislazione dello Stato di residenza.

In tale ipotesi, in deroga a quanto previsto per la generalità dei casi, la persona disoccupata beneficia delle prestazioni di disoccupazione secondo la legislazione dello Stato membro in cui risiede, come se fosse stata soggetta a tale legislazione durante la sua ultima occupazione. Il lavoratore deve, quindi, soddisfare le condizioni richieste dalla legislazione del Paese di residenza per conseguire il diritto alle prestazioni di disoccupazione.

Per accertare se tali condizioni siano soddisfatte, l'istituzione del Paese di residenza tiene conto dei periodi di assicurazione compiuti sotto la legislazione dell'altro Paese, considerandoli come periodi di assicurazione compiuti sotto la legislazione da essa applicata a prescindere dalla circostanza che l'interessato risulti già assicurato nel quadro di tale legislazione.

Quanto al rimborso tra istituzioni, esso è finalizzato ad una più equa ripartizione degli oneri tra lo Stato di residenza che, pur non avendo incassato contributi, è tenuto ad erogare le prestazioni, e lo Stato di ultima occupazione che, pur avendo incassato i contributi, non eroga le relative prestazioni. In assenza di accordi in deroga, previsti dall'articolo 65 del medesimo regolamento, l'istituzione dello Stato di residenza chiede il rimborso delle prestazioni per disoccupazione all'istituzione dello Stato alla cui legislazione l'interessato era stato da ultimo soggetto in relazione all'attività lavorativa svolta.

L'istituzione che richiede il rimborso deve indicare i dati identificativi del soggetto, l'importo delle prestazioni erogate durante il periodo di 3 o 5 mesi ed il periodo durante il quale esse sono state erogate.

La regolazione finanziaria è effettuata tramite gli organismi di collegamento degli Stati.

Dal 1° gennaio 2013, anche ai lavoratori frontalieri rimasti disoccupati in Svizzera si applicherà il nuovo sussidio di disoccupazione (ASpI, assicurazione sociale per l'impiego) istituito dall'articolo 2 della legge 28 giugno 2012, n. 92 (Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita). Si tratta di un'assicurazione riconosciuta ai lavoratori (anche apprendisti o soci in cooperative) che hanno perso involontariamente la propria occupazione e possono far valere almeno due anni di assicurazione e almeno un anno di contribuzione nei due anni precedenti l'inizio della disoccupazione.

L'importo della prestazione è calcolato in rapporto alla retribuzione lorda percepita dal lavoratore negli ultimi due anni ed è pari al 75 per cento della retribuzione mensile di riferimento se questa non supera, nel 2013, 1.180 euro mensili ed è pari al 75 per cento di 1.180 euro, più il 25 per cento della differenza tra la retribuzione mensile e i 1.180 euro, se la retribuzione mensile è superiore a detto importo. L'importo massimo erogabile è pari a 1.119,32 mensili.

A seconda dell'anno in cui avviene il licenziamento e dell'età del lavoratore, l'assicurazione ha differenti durate massime legali: per lavoratori di età inferiore a 50 anni nel biennio 2013-2014 la durata sarà di 8 mesi e di 10 mesi nel 2015; per lavoratori di età da 50 a 54 anni nel triennio 2013-2015 la durata sarà di 12 mesi, mentre per lavoratori di età pari o superiore a 55 anni la durata sarà di 12 mesi nel 2013, 14 mesi nel 2014 e 16 mesi nel 2015. Dal 10 gennaio 2016, in rapporto ai nuovi eventi di disoccupazione che si verificheranno a partire dalla stessa data, essa verrà corrisposta ai lavoratori con meno di 55 anni di età per un massimo di 12 mesi e a quelli con più di 55 anni per un periodo massimo di 18 mesi.

In via sperimentale, per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015 il lavoratore avente diritto alla corresponsione dell'assicurazione può richiedere la liquidazione degli importi del relativo trattamento pari al numero di mensilità non ancora percepite, al fine di intraprendere un'attività di lavoro autonomo, ovvero per avviare un'attività in forma di auto impresa o di micro impresa, o per associarsi in cooperativa.

Ai lavoratori che non raggiungono i requisiti richiesti per l'assicurazione, dal 1° gennaio 2013 può essere liquidata la "mini ASpI" se possono far valere almeno 13 settimane di contribuzione per attività lavorativa negli ultimi 12 mesi.

È all'esame del Senato della Repubblica il disegno di legge di iniziativa parlamentare (AS 3180, già proposta di legge AC 3391) recante "Modifiche alla legge 5 giugno 1997, n. 147, concernenti la durata dei trattamenti speciali di disoccupazione in favore dei lavoratori frontalieri italiani in Svizzera rimasti disoccupati a seguito della cessazione del rapporto di lavoro". Le disposizioni ivi contenute, nel modificare l'articolo 1 della legge n. 147 del 1997 nel senso di far in modo che la gestione con contabilità se-

parata istituita presso l'Inps possa essere utilizzata esclusivamente al fine del pagamento dei trattamenti speciali di disoccupazione in favore dei lavoratori frontalieri italiani in Svizzera, garantisce il trattamento speciale di disoccupazione in favore di quei lavoratori che hanno fatto registrare negli ultimi due anni periodi di malattia o di infortunio, considerandoli pertanto periodi neutri; eleva il periodo di indennizzo, previsto per i lavoratori frontalieri italiani, "divenuti disoccupati a seguito di cessazione del rapporto di lavoro" non a loro imputabile e, dagli attuali 12 mesi, tale periodo viene portato a 18 mesi per i lavoratori di età compresa tra i 50 e i 55 anni e a 24 mesi per quelli di 56 anni di età e oltre; prevede altresì, per i soggetti cui è stato riconosciuto il diritto al trattamento speciale di disoccupazione, l'inserimento nelle liste di mobilità di cui alla legge 23 luglio 1991, n. 223, procedura di cui si dovrà far carico il centro per l'impiego territorialmente competente rispetto alla residenza del lavoratore.

Di analogo contenuto sono i disegni di legge, sempre di iniziativa parlamentare, AS 2112, AS 2137, AS 2187 e AS 2244 recanti tutti il medesimo titolo.

Fin dall'esame presso l'XI Commissione permanente (Lavoro pubblico e privato) della Camera, la principale criticità del disegno di legge AS 3180 ha riguardato i profili finanziari. La relazione tecnica predisposta dall'Inps prevede, per l'anno 2012, un onere di spesa complessivo pari a 6.806.218 euro. La relazione tecnica è stata verificata negativamente dal Ministero dell'economia e delle finanze sia con riferimento alla quantificazione degli oneri che alla relativa copertura finanziaria. Al riguardo occorre precisare che il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, nel ribadire che le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 1, lettere *a*) e *b*), del disegno di legge "introducono nuove ragioni di spesa", sostiene che la disposizione di cui al successivo comma 2, che prevede le disponibilità esistenti nella gestione con contabilità separata istituita presso l'Inps ai sensi della legge n. 147 del 1997, "non costituisce una fonte di copertura finanziaria atteso che gli equilibri della gestione stessa rientrano negli equilibri gestionali Inps e, più in generale, del comparto delle pubbliche amministrazioni".

Quanto infine alle misure adottate dalle sedi provinciali dell'Inps, il Ministero degli affari esteri ha rappresentato che l'ambasciata d'Italia a Berna ha provveduto ad interpellare il direttore provinciale dell'Inps di Como, che ha confermato che l'istituto non ha sospeso il pagamento dell'indennità di disoccupazione, ma ha semplicemente provveduto a sostituire l'erogazione del trattamento speciale di disoccupazione frontaliere con l'indennità di disoccupazione ordinaria. Secondo quanto segnalato, le indennità in pagamento da settembre 2012 hanno subito una parziale riduzione, poiché l'indennità di disoccupazione ordinaria italiana prevede massimali mensili differenti da quella "frontaliera" (la diversità riguarda anche la durata: quella ordinaria è pari a 8 mesi, mentre quella frontaliere è di 12 mesi).

Con tale decisione si è evitato peraltro il rischio di creare indebiti che poi i lavoratori disoccupati avrebbero potuto avere difficoltà a restituire. Tali disposizioni sono state concordate con la direzione regionale Inps della

Lombardia e interessano anche le altre realtà provinciali di confine con la Svizzera. L'Inps segnala peraltro che analoghe disposizioni sono state date anche dalla sede regionale del Piemonte.

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali

FORNERO

(4 gennaio 2013)
