

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dall'8 al 12 febbraio 2019)

INDICE

BINETTI: sul riconoscimento tra le malattie rare dell'esofagite eosinofila (4-00266) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	Pag. 349	cia di Matera (4-00072) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	365
sull'istituzione di ordini, federazioni e albi delle differenti professioni sanitarie (4-00607) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	356	DE BONIS ed altri: sul divieto di commercializzazione in Italia di grano contaminato da glifosato (4-00581) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	374
BINETTI ed altri: sull'inserimento della malattia dell'acufene nei livelli essenziali di assistenza (LEA) (4-00404) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	352	FARAONE: sull'attribuzione di incarichi di responsabilità conseguenti all'anzianità di servizio militare (4-00722) (risp. TRENTA, <i>ministro della difesa</i>)	376
BORGONZONI: sulle carenze del servizio di emergenza medica presso l'aeroporto "Marconi" di Bologna (4-00105) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	360	IANNONE: sull'importazione di cozze contaminate da salmonella (4-00688) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	379
CANDIANI: sull'inserimento della malattia dell'acufene nei livelli essenziali di assistenza (LEA) (4-00193) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	351	RIZZOTTI: sulla regolarità del conferimento di un incarico dirigenziale nell'ospedale "Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria (4-00059) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	381
CIRIANI: sulla dotazione organica e di mezzi della stazione dei Carabinieri di Maniago (Pordenone) (4-00546) (risp. TRENTA, <i>ministro della difesa</i>)	363	TOSATO: sull'inserimento della sindrome di Sjogren tra le malattie previste nei LEA (4-00147) (risp. GRILLO, <i>ministro della salute</i>)	385
DE BONIS, GALLICCHIO: sulla presenza di contaminanti nelle acque potabili in provin-			

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

l'esofagite eosinofila (EoE) è una malattia infiammatoria cronica localizzata all'esofago, di eziopatogenesi immuno-allergica, caratterizzata da alternanza di periodi di remissione e di acuzie, che si manifesta con segni clinici di disfunzione esofagea dovuti ad un'infiammazione caratterizzata dalla presenza degli eosinofili. Per effettuare una diagnosi è necessaria la presenza di sintomi clinici, come difficoltà nella deglutizione, dolore e bruciore durante la deglutizione, blocco frequente di cibo nell'esofago, rigurgiti, malnutrizione cronica, eccetera). E sul piano della diagnostica di laboratorio è necessario che ci siano più di 15 eosinofili per alto campo di ingrandimento (high power field o HPF) in una biopsia esofagea, senza coinvolgimento di stomaco o duodeno;

le prime raccomandazioni per la diagnosi e la terapia dell'esofagite eosinofila sono state formulate nel 2007, ed integrate nel 2011; nel 2014, il *position paper* della Società europea di gastroenterologia, epatologia e nutrizione (ESPGHAN) ha fornito linee guida pratiche per la gestione della malattia nel bambino e nell'adolescente. Nel 2017, l'UEG (United European gastroenterology), l'EAACI (European academy of allergy and clinical immunology), l'ESPGHAN e l'EUREOS (European society of eosinophilic oesophagitis) hanno aggiornato le linee guida rispetto all'epidemiologia, i fattori di rischio, le condizioni associate, la storia naturale, il *follow up* a lungo termine, i criteri diagnostici ed il trattamento della malattia secondo concetti *evidence based*, fornendo raccomandazioni di carattere pratico;

il trattamento di prima linea si avvale principalmente di: diete di "eliminazione" che hanno lo scopo di escludere gli allergeni concausa della malattia e di diete "selettive", a base di formule speciali di aminoacidi, per mettere a riposo l'esofago. Si utilizzano inoltre farmaci steroidei (cortisonici) topici deglutiti per spegnere localmente l'infiammazione eosinofila; i cortisonici sistemici invece sono riservati a sintomi gravi che richiedono una risoluzione rapida, quando altri trattamenti siano falliti;

nei casi peggiori, l'infiammazione se non trattata comporta la formazione di stenosi esofagee, che necessitano di un trattamento endoscopico di dilatazione per consentire una normale deglutizione. Questo tipo di situazione si verifica se l'infiammazione non viene gestita adeguatamente o nei casi più severi non responsivi a terapia;

la malattia rappresenta un grave problema socio-sanitario. Attualmente i pazienti devono ricorrere spesso a visite di controllo, sono sottoposti a numerosi esami endoscopici, sia in fase diagnostica che durante le urgenze, quando il cibo si ferma nell' esofago a causa dell'infiammazione acuta e cronica, e a vari esami di laboratorio immuno-allergologici spesso molto costosi;

le terapie farmacologiche a lungo termine, i prodotti galenici utilizzati in assenza di formulazioni ancora non disponibili nel nostro Paese (ad esempio sciroppo di budesonide viscosa), le terapie nutrizionali con prodotti dietetici speciali che i pazienti devono assumere per lunghi periodi hanno costi elevati difficilmente sostenibili da parte delle famiglie,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga necessario inserire esplicitamente questa patologia tra le malattie rare, per le caratteristiche epidemiologiche, per l'elevato grado di necessità cliniche ed assistenziali, per i costi e per le sue conseguenze a lungo termine, se non è adeguatamente trattata, in modo da consentire che i pazienti affetti da esofagite eosinofila vedano riconosciuta e tutelata la propria condizione, e i professionisti sanitari abbiano gli strumenti istituzionali per trattare adeguatamente questo tipo di condizione nei canali dedicati alle malattie rare.

(4-00266)

(26 giugno 2018)

RISPOSTA. - L'esofagite eosinofila è una malattia cronica, caratterizzata da sintomi correlati alla disfunzione della funzione esofagea, causata da un'infiammazione a predominante componente eosinofila.

Sebbene l'eziologia rimanga sconosciuta, la predisposizione o la presenza di una documentata condizione allergica rimane la possibilità più probabile.

Infatti la patologia è caratterizzata da un tipico infiltrato eosinofilo dell'epitelio esofageo sostenuto da una risposta immune T-helper 2 mediata, tipica di altre condizioni atopiche.

La risposta infiammatoria è limitata all'esofago e non interessa la mucosa dello stomaco e del duodeno.

La più alta prevalenza sembra essere registrata in Nord America, Svezia e Australia, con una incidenza di circa 5-7/100.000 abitanti e prevalenza di 50-60/100.000 abitanti.

In Europa, inoltre, i principali dati derivano dalla Svizzera con una stima di prevalenza di circa 23/100.000 abitanti.

Il trattamento si avvale principalmente di diete di "eliminazione" (che hanno lo scopo di escludere gli allergeni concausa della malattia) o "selettive", per mettere a riposo l'esofago.

Si utilizzano inoltre farmaci steroidei (cortisonici) topici, mentre i cortisonici sistemici sono riservati ai casi in cui gli altri trattamenti siano falliti.

I casi più gravi, con formazione di stenosi esofagee, necessitano di un trattamento endoscopico di dilatazione per consentire una normale deglutizione.

Si assicura che un eventuale inserimento della esofagite eosinofila tra le malattie/condizioni oggetto di tutela potrà essere valutato dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, nei limiti delle risorse disponibili, anche tenendo conto delle esigenze di "follow-up" dei pazienti, legate ai diversi gradi di disfunzione esofagea.

Il Ministro della salute

GRILLO

(11 febbraio 2019)

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

l'acufene è una patologia devastante, di cui raramente si parla sui mezzi di comunicazione, ma è una vera e propria malattia invalidante, di cui soffre in Italia oltre il 10 per cento della popolazione, e non un disturbo molto fastidioso, come si usa spesso liquidarlo;

si manifesta con un suono costante e continuo, quali fischi, ronzii, soffi e simili, percepito in uno o entrambi i condotti uditivi o nella testa; l'acufene è un suono che una persona sente, non è reale, ma viene percepito come tale dal cervello;

esso può a volte creare un vero e proprio stato invalidante, coinvolgendo l'assetto psicologico ed emozionale del malato, la sua vita di relazione, il ritmo sonno-veglia, le attitudini lavorative, il livello di attenzione e concentrazione, inducendo o molto più spesso potenziando stati ansioso-depressivi preesistenti, interferendo pertanto sulla qualità della vita;

l'origine esatta degli acufeni non è ancora ben determinata; probabilmente diversi meccanismi possono generare questo disturbo. In senso generale, un acufene può derivare da un danno permanente a carico delle cellule ciliate cocleari, da un danno permanente a carico del nervo acustico o delle vie nervose centrali. Al momento nessuno è mai riuscito a documentare con certezza la possibile origine cerebrale dell'acufene, nonostante molti studi l'abbiano ipotizzata, mentre questo sintomo è certamente stato confermato come producibile dall'orecchio interno;

ad oggi non vi sono rimedi validi e efficaci tali da guarire definitivamente la patologia medica dell'acufene;

è del tutto evidente che l'impossibilità di una guarigione comporta la necessità impellente di approfondire gli studi e le ricerche di questa malattia,

si chiede di sapere:

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

se non ritenga opportuno sollecitare l'avvio di studi e ricerche per trovare una cura efficace e duratura per la patologia medica dell'acufene.

(4-00193)

(5 giugno 2018)

BINETTI, RIZZOTTI, GALLONE. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

gli organi di senso, in particolare vista e udito, sono essenziali per orientarsi nel tempo e nello spazio, per entrare in relazione con gli altri, per ricavare dal contesto, in cui viviamo gli stimoli necessari per avere un accettabile livello di benessere e quindi per sentirsi pienamente inseriti nell'ambiente familiare, sociale e professionale. Sono noti, infatti, i disagi, sia pure di diversa entità, a cui vanno incontro le persone con disturbi nella vista o nell'udito, pur senza giungere alle condizioni di *deficit* pressoché totale delle persone cieche e sorde, o perfino sordo-cieche;

uno dei sintomi che creano particolare disagio alle persone è rappresentato dagli acufeni: un suono continuo, fatto di fischi, ronzii, fruscii, crepitii, soffi, eccetera, percepito in uno o in entrambi gli orecchi; non si tratta semplicemente di un sintomo fastidioso, a volte è una vera e propria malattia con carattere invalidante, che colpisce con diversa intensità il 10 per cento della popolazione; in genere si tratta di una popolazione di età

compresa tra i 45 e i 75 anni, che denuncia serie difficoltà a continuare il suo lavoro;

il disturbo causato dagli acufeni incide a livello emotivo e sensoriale per il suo carattere di persistenza, rende più difficile la concentrazione nel lavoro e nell'ambito delle relazioni interpersonali, crea tensione ed irritabilità e altera spesso il ritmo sonno-veglia; le persone che ne soffrono sono spesso stressate, stanche e appaiono meno disponibili, a causa del fastidio percepito assimilabile a un chiodo piantato nel cervello;

l'acufene determina quindi ripercussioni concrete sulla qualità di vita che si manifestano a livello globale, con disturbi del sonno, ansia, nervosismo, difficoltà di concentrazione, *stress*, fino a disturbi depressivi o d'ansia; rari, ma certi, alcuni casi esitati nel suicidio;

non è classificabile come una malattia, ma è una condizione che può derivare da una vasta pluralità di cause. Tra di esse si possono includere: danni neurologici (ad esempio dovuti a sclerosi multipla), infezioni dell'orecchio, *stress* ossidativo, *stress* emotivo, presenza di corpi estranei nell'orecchio, allergie nasali che impediscono (o inducono) il drenaggio dei fluidi, accumulo di cerume e l'esposizione a suoni di elevato volume. La sospensione dell'assunzione di benzodiazepine può essere anch'essa una causa;

l'acufene può essere un accompagnamento della perdita dell'udito neurosensoriale o una conseguenza della perdita dell'udito congenita, oppure può essere anche un effetto collaterale di alcuni farmaci (acufene ototossico). Diverse sono le cause alle quali può essere associato: tumori cerebrali, otiti, perdita dell'udito, anche in rapporto all'invecchiamento, esposizione prolungata a rumori intensi, utilizzo prolungato di alcuni farmaci ototossici, eccetera;

l'acufene è solitamente un fenomeno soggettivo, tale da non poter essere misurato oggettivamente e la condizione è spesso valutata clinicamente su una semplice scala da "lieve" a "catastrofico" in base agli effetti che esso comporta; al 2016, non vi sono farmaci efficaci,

si chiede di sapere, considerato il carattere invalidante della patologia descritta in premessa, quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda assumere per ottenerne uno specifico riconoscimento a livello di LEA (livelli essenziali di assistenza) e per attivare studi e ricerche mirate, sia per verificare le cause del disturbo, sia per intervenire in modo appropriato con farmaci specifici che possano contribuire a rimuovere questo fastidioso sintomo.

(4-00404)

(24 luglio 2018)

RISPOSTA.^(*) - Come noto, l'acufene è un disturbo otologico che consiste in sensazioni acustiche endogene, sotto forma di fischi, ronzii, fruscii o altro, percepiti in una o in entrambe le orecchie o nella testa.

Il Ministero della salute è ben consapevole che tale disturbo può incidere sulla qualità della vita di chi ne soffre, soprattutto a livello psicologico e, nei casi più gravi, può arrivare a compromettere seriamente il benessere del paziente.

La ricerca clinica ha, infatti, chiaramente dimostrato come, in un'alta percentuale dei casi, questo disturbo debba essere affrontato mediante una strategia terapeutica di cui la psicoterapia sia parte integrante.

Indubbiamente, l'acufene ha un'alta incidenza: studi condotti negli ultimi due lustri in diversi Paesi europei, quali la Germania e il Regno Unito, hanno dimostrato, infatti, come mediamente circa il 5-20 per cento della popolazione del nostro continente abbia sofferto di acufene almeno una volta nella vita.

Per quanto riguarda l'Italia, studi analoghi hanno dimostrato che nel nostro Paese vi è una prevalenza simile: tra la popolazione adulta, l'acufene colpisce più di tre milioni di persone ed è sentito come problema grave da oltre 600.000 italiani.

La causa dell'acufene non è chiara nella maggioranza dei casi.

Tuttavia, nuove tecniche e metodi di ricerca, come le tecniche di *neuroimaging*, che permettono di osservare l'attivazione delle aree del cervello deputate all'elaborazione dei segnali acustici, sembrano promettere importanti passi in avanti per la comprensione dell'eziologia della patologia.

In particolare, recenti studi suggeriscono come il disturbo sia accompagnato da anomalie cerebrali funzionali e strutturali.

Per quanto riguarda i possibili interventi terapeutici per il trattamento dell'acufene, l'Istituto superiore di Sanità ha riferito che, recentemente, la neuromodulazione mediante stimolazione magnetica transcranica (TMS), una terapia indolore e non invasiva, ha avuto successo nel ridurre i sintomi del tinnito almeno in alcuni pazienti.

Altri interventi considerati efficaci, in base alla letteratura scientifica degli ultimi anni, includono approcci quali il *cognitive training*, esegui-

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

to anche grazie all'aiuto di specifici *software*, che permette di modificare l'attenzione, la percezione e il ricordo del tinnito, portando a un significativo miglioramento della condizione medica dei pazienti.

L'Istituto ha poi affermato che, allo scopo di identificare le iniziative da adottare per gestire i problemi sanitari legati all'acufene e per identificare quali siano le ricerche da finanziare per migliorare la comprensione delle basi eziopatologiche del disturbo e l'efficacia dei trattamenti, si potrà effettuare un attento studio dello stato dell'arte delle conoscenze di base e cliniche ottenute, tramite la revisione sistematica della letteratura scientifica disponibile e l'esame delle scoperte più recenti.

Ciò permetterebbe anche di valutare se assumere iniziative mirate a *screening* preventivi, anche in base all'età, per evidenziare una possibile vulnerabilità all'acufene, o volte a informare sulle attività che possono generare la patologia.

Inoltre, tale approccio permetterebbe di identificare le strategie migliori per il trattamento della patologia ed, eventualmente, di organizzare una rete di centri di eccellenza per la cura dell'acufene.

Simili iniziative potrebbero anche essere mirate alla valutazione non solo dell'eventuale inserimento dell'acufene nei livelli essenziali di assistenza, ma anche al riconoscimento della patologia come malattia cronica invalidante, ai sensi del decreto ministeriale n. 329 del 1999, e tenuto conto di quanto stabilito dall'allegato 8 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

Peraltro, va precisato che, considerato che gli acufeni sono un sintomo con diversi livelli di gravità, determinati da patologie vascolari del collo e della testa o associati a malattie audiologiche, vestibolari, neurologiche, autoimmuni, neoplastiche, dismetaboliche, ematologiche, l'accesso alle cure dei pazienti interessati da tali patologie è già garantito dai Livelli essenziali di assistenza (LEA), che consentono loro di usufruire delle prestazioni e dei servizi erogati a carico del Sistema sanitario nazionale, sia in fase diagnostica che di monitoraggio, nonché della connessa assistenza farmaceutica.

Inoltre, una parte delle condizioni che determinano gli acufeni è comunque già individuata fra le patologie croniche soggette a tutela, ove sussistano le condizioni di cronicità, gravità, invalidità ed onerosità previste dal decreto legislativo n. 124 del 1998: è questo il caso, ad esempio, degli acufeni secondari a malattie cerebrovascolari (aneurismi, patologie dei grossi vasi) o neurologiche (sclerosi multipla).

In conclusione, si intende assicurare che il Ministero della salute, anche sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica au-

spicata dall'Istituto superiore di Sanità, seguirà con attenzione gli ulteriori aggiornamenti dei Livelli essenziali di assistenza, in modo che, laddove ne emergano le condizioni, possa essere rivalutato l'inserimento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale connesse all'acufene.

Il Ministro della salute

GRILLO

(11 febbraio 2019)

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

la legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute", prevede tra i decreti attuativi anche quello istitutivo degli albi delle 17 professioni sanitarie fino ad oggi regolamentate e non ordinate;

le nuove disposizioni trasformano gli attuali collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in ordini delle medesime professioni e federazioni nazionali. Agli ordini già esistenti dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, si aggiungono gli ordini delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Contestualmente, viene ridisegnata la disciplina relativa al funzionamento interno degli ordini e vengono inserite disposizioni finalizzate a migliorare la funzionalità degli organi, a chiarire i compiti svolti, valorizzandone, in particolare, il rilievo pubblico e la funzione deontologica, oltre a favorire la partecipazione interna da parte degli iscritti;

con il decreto attuativo del Ministero della salute 13 marzo 2018, 17 sono stati istituiti nuovi albi delle professioni sanitarie, così come previsto dalla riforma degli ordini. Si tratta di 17 nuovi albi delle professioni sanitarie, fino ad oggi regolamentate e non ordinate;

i nuovi albi delle professioni sanitarie entreranno a far parte dell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, e si aggiungeranno a quelli già esistenti dei tecnici sanitari di radiologia medica e degli assistenti sanitari;

si tratta di 17 profili professionali molto diversi tra di loro: dalla figura del podologo, a quella dell'educatore professionale sanitario fino ad arrivare al dietista o all'igienista dentale: ognuno di loro, per esercitare le

professioni sanitarie indicate, dovrà necessariamente iscriversi al rispettivo albo professionale;

la nuova legge prevede, inoltre, un decreto del Ministro della salute per determinare la composizione del consiglio direttivo di ciascun ordine, garantendo "un'adeguata rappresentanza di tutte le professioni che ne fanno parte"; è previsto inoltre un altro decreto ministeriale per determinare la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'ordine;

la legge dà tempo 6 mesi dalla sua entrata in vigore per emanare i vari regolamenti, che andranno adottati con decreto ministeriale e che dovranno avere il via libera con un'intesa in Conferenza Stato-Regioni. I regolamenti disciplinano: le norme relative all'elezione degli organi, il limite dei mandati degli organi degli ordini e della federazione, criteri e modalità per lo scioglimento degli ordini, la tenuta degli albi, la riscossione e l'erogazione dei contributi, l'istituzione delle assemblee dei presidenti di albo, le sanzioni, i procedimenti disciplinari e i ricorsi, eccetera;

molti professionisti vorrebbero iscriversi a più albi che fanno parte di uno stesso ordine, sottolineando le possibili affinità, anche a prescindere dal titolo di studi conseguito frequentando l'uno o l'altro dei corsi di laurea delle professioni sanitarie,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga di fornire un'interpretazione autentica della norma citata, al fine di chiarire se sia effettivamente possibile iscriversi a più di un albo;

quale sia la tempistica per l'emanazione dei decreti attuativi mancanti.

(4-00607)

(26 settembre 2018)

RISPOSTA. - L'articolo 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute" ha sostituito i capi I, II e III del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, apportando un profondo riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie.

L'articolo 5 del decreto legislativo CPS 13 settembre 1946, n. 233, così come modificato dalla legge n. 3 del 2018, prevede espressamente che: "Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie, in qualunque forma giuridica svolto, è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo".

In tale contesto, l'articolo 4, comma 9, della legge n. 3 del 2018 ha sancito la trasformazione in ordini e relative federazioni nazionali dei preesistenti collegi professionali.

In particolare, i preesistenti collegi professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica hanno assunto la denominazione di ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, in quanto hanno inglobato al proprio interno gli albi delle 17 professioni sanitarie ancora non ordinate.

Il citato articolo 4, al comma 13, ha stabilito, inoltre, che "Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, oltre all'albo dei tecnici sanitari di radiologia medica e all'albo degli assistenti sanitari sono istituiti, presso gli Ordini di cui al comma 9, lettera c), gli albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ai quali possono iscriversi i laureati abilitati all'esercizio di tali professioni, nonché i possessori di titoli equipollenti o equivalenti alla laurea abilitante, ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42".

In attuazione di detta disposizione, in data 13 marzo 2018 è stato, pertanto, emanato il decreto del Ministro della salute per l'istituzione dei suddetti albi per le 17 professioni sanitarie, ancora non ordinate, in seno agli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (*Gazzetta Ufficiale* n. 77 del 2018).

L'istituzione di tali nuovi albi ha completato l'assetto normativo per tutte le 22 professioni sanitarie, che hanno ormai tutte un ordine di riferimento.

In merito alla possibilità, alla luce della recente normativa, per i professionisti sanitari di iscriversi a più albi che fanno parte di uno stesso ordine, si osserva che con la legge n. 3 del 2018 è rimasto invariato quanto disposto dall'art. 102 del Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265, il quale prevede che "il conseguimento di più lauree o diplomi dà diritto all'esercizio cumulativo delle corrispondenti professioni o arti sanitarie, eccettuato l'esercizio della farmacia che non può essere cumulato con quello di altre professioni o arti sanitarie".

Per completezza di informazione, si rappresenta che l'art. 4 della legge 24 luglio 1985, n. 409, al comma 1, stabilisce che presso ogni ordine

dei medici-chirurghi è istituito un separato albo professionale per la iscrizione di coloro che sono in possesso della laurea in odontoiatria e protesi dentaria e dell'abilitazione all'esercizio professionale conseguita a seguito di superamento di apposito esame di Stato.

Al comma 3, è specificato che l'iscrizione al predetto albo è incompatibile con la iscrizione ad altro albo professionale.

Pertanto, per quanto riguarda la possibilità di iscrizione a più albi professionali da parte di un sanitario in possesso del titolo di studio per il quale si chiede l'iscrizione al relativo albo professionale, non è espressamente previsto un divieto normativo, ad eccezione, come già detto, dell'esercizio della farmacia e dell'iscrizione all'albo degli odontoiatri.

Si precisa altresì che, qualora il sanitario abbia in essere un rapporto di lavoro di dipendenza o di convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale, sono applicabili le incompatibilità di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, il quale dispone che "con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale".

Per quanto concerne la tempistica per la emanazione dei decreti attuativi mancanti, si segnala che il Ministero della salute ha già predisposto la bozza del decreto per la composizione del Consiglio direttivo dell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché per la composizione del Consiglio direttivo dell'ordine delle professioni infermieristiche (art. 2, comma 2, lett. *a*) del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato n. 233 del 1946, come modificato dalla legge n. 3 del 2018).

Questo Ministero ha altresì predisposto la bozza per la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché per la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'ordine delle professioni infermieristiche (art.2, comma 2, lett. *b*) del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato n. 233 del 1946, come modificato dalla legge n. 3 del 2018).

Tali bozze sono state condivise con le federazioni nazionali delle professioni interessate nell'ambito di un incontro avvenuto nello scorso mese di agosto. Si è in attesa quindi di ricevere le osservazioni da parte delle stesse, in modo da poter addivenire ad un testo definitivo.

Nel contempo si sta predisponendo anche la bozza dei regolamenti da adottare con decreto del Ministro della salute ai sensi dell'articolo 17,

comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle federazioni nazionali interessate, per disciplinare le norme relative all'elezione degli organi, i criteri e le modalità per l'applicazione di atti sostitutivi o per lo scioglimento degli ordini; la tenuta degli albi, le iscrizioni e le cancellazioni dagli albi; la riscossione ed erogazione dei contributi, la gestione amministrativa e contabile degli ordini e delle federazioni (art. 4, comma 5, legge n. 3 del 2018).

Le bozze dei suddetti regolamenti saranno condivise con le federazioni delle rispettive professioni nell'ambito di appositi incontri.

Il Ministro della salute

GRILLO

(11 febbraio 2019)

BORGONZONI. - *Ai Ministri della salute e delle infrastrutture e dei trasporti.* - Premesso che, a quanto risulta all'interrogante:

l'aeroporto "G. Marconi" di Bologna è l'ottavo scalo italiano con circa 6,2 milioni di passeggeri all'anno;

dal 15 giugno 2018, sono previsti voli da e per la Cina, per un totale di 60 voli in arrivo e altrettanti in partenza, che aumenteranno ulteriormente i passeggeri in transito;

l'aeroporto è anche la prima porta d'accesso alla città di Bologna per i passeggeri provenienti anche da zone a rischio di malattie infettive endemiche;

risulta all'interrogante che dal 1° gennaio 2015 il servizio di pronto soccorso sanitario aeroportuale sia sprovvisto del medico e sia fornito unicamente di un'ambulanza con 2 operatori;

la presenza del medico in aeroporto e la fornitura delle ambulanze è regolata sulla base di direttive dell'ENAC, attraverso protocolli firmati tra Asl e azienda di gestione dello scalo;

l'interrogante ritiene inaccettabile l'assenza del medico presso un aeroporto importante come quello Marconi di Bologna,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo ritengano che la mancanza di un medico presso l'aeroporto Marconi di Bologna sia rispettoso delle vigenti normative e se siano a conoscenza della composizione del personale sanitario presente nell'aeroporto;

se la salute pubblica sia tutelata con l'organizzazione attuale del servizio di emergenza medica presso l'aeroporto Marconi di Bologna e se tutti gli aeroporti versino in simile situazione.

(4-00105)

(29 maggio 2018)

RISPOSTA. - Il servizio di pronto soccorso negli aeroporti civili dati in regime di totale concessione a società di gestione, dev'essere assicurato dalle stesse società in base alla normativa vigente ed alle convenzioni che disciplinano l'affidamento in gestione.

A tal riguardo, si rammenta che in data 31 ottobre 2014 l'Ente nazionale aviazione civile (ENAC) ha emanato il documento di linee guida "Requisiti minimi del servizio di pronto soccorso sanitario aeroportuale", adempiendo alle disposizioni dell'art. 28, comma 7, del decreto-legge n. 133 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 164 del 2014.

Al riguardo, occorre precisare che l'ENAC ha chiesto al Ministero della salute il parere sulle linee guida solo dopo la loro entrata in vigore. Per tale motivo il Ministero ha chiesto, in data 12 gennaio 2015, all'ENAC di integrare tali linee guida mediante inserimento di ulteriori dettagli, riguardanti gli aspetti relativi all'autorizzazione ed all'accreditamento, in quanto struttura sanitaria del servizio di pronto soccorso, e mediante una puntuale definizione, in linea con le norme vigenti in materia di professioni sanitarie, della qualifica professionale del "Referente responsabile del servizio", che escluda la possibilità che questo ruolo possa essere svolto da professionisti diversi da medici chirurghi regolarmente iscritti al relativo ordine professionale.

Un aspetto importante, ribadito all'ENAC da questo Ministero, è quello relativo alla necessità della presenza costante di almeno un medico nel presidio di pronto soccorso aeroportuale, a prescindere dalla prossimità con altre strutture di pronto soccorso, o dalla possibilità di attivare i servizi di emergenza territoriale.

Al contempo è stata richiamata la necessità che, oltre alla condivisione con le associazioni di categoria e con gli operatori interessati, vi fosse quella con l'amministrazione sanitaria, in modo da avere uno strumento atto

a conciliare gli interessi degli operatori economici con quelli di tutela della salute.

L'ENAC ha provveduto a trasmettere le osservazioni del Ministero della salute alle direzioni aeroportuali, ribadendo la necessità della presenza costante di un medico, eventualmente supportato da figure professionali ausiliarie, nel presidio di primo soccorso aeroportuale, per l'intero orario di operatività dell'aeroporto.

Nello specifico, si fa presente che la SAB, Società di gestione dell'aeroporto internazionale di Bologna "Guglielmo Marconi", nonostante i pareri contrari espressi da questo Ministero con nota del 23 marzo 2015, ha optato per una strutturazione del servizio di pronto soccorso in base alla quale nel sedime aeroportuale è assicurata la presenza 24 ore su 24 solo di personale non medico (infermiere e autista soccorritore) il quale, attivando la centrale operativa del 118, può chiedere e, sulla base di una valutazione congiunta delle caratteristiche del caso, ottenere, l'intervento in aeroporto di un medico.

Tale organizzazione del servizio non è in linea con quanto indicato dalle linee guida dell'ENAC, per le quali: "Lo svolgimento del servizio dovrà essere curato dal medico addetto con la massima professionalità al fine di garantire un'alta qualità del servizio" e "tutto il personale medico sanitario deve possedere adeguate certificazioni a seguito della frequenza, con esito positivo, dei corsi di formazione e dei relativi corsi di aggiornamento, effettuati con cadenza almeno annuale, organizzati sulla base delle linee guida stabilite da società di rilievo internazionale", sottolineando, quindi, non solo l'obbligatorietà della presenza di un medico per l'intero orario di operatività dell'aeroporto, ma anche la necessità di costante e continuo aggiornamento, al fine di garantire la massima professionalità e un'alta qualità del servizio.

Anche nell'ipotesi di incidente aereo, ossia di un evento imprevisto, l'intervento del medico per l'attività di *triage*, oltre che essenziale, deve necessariamente essere immediato.

Pertanto, i requisiti minimi di costituzione del presidio non possono che prevedere la presenza costante di un medico, eventualmente supportato da una figura professionale paramedica o ausiliaria.

Nei confronti delle modalità di strutturazione del servizio di pronto soccorso aeroportuale di Bologna, questo Ministero ha più volte manifestato l'avviso contrario, sia direttamente alla SAB che, nella sua qualità di ente regolatore, all'ENAC, ribadendo come la presenza del medico nel presidio sanitario aeroportuale, prevista dalle linee guida ENAC, sia indispensabile non solo per fare fronte ad emergenze sanitarie di tipo individuale a carico di viaggiatori o altri utenti aeroportuali, ma anche per la necessaria

interazione con l'Ufficio di sanità aerea del Ministero della salute in caso di problematiche attinenti alla profilassi internazionale.

Per ciò che concerne la situazione negli altri scali, negli aeroporti a gestione statale (Lampedusa, Pantelleria, Roma Urbe, Grosseto, Crotone e Reggio Calabria), il servizio di primo soccorso aeroportuale continua ad essere assicurato dal Ministero della salute, come previsto dall'articolo 7, ultimo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620, mediante convenzioni stipulate con la Croce Rossa Italiana in base al decreto ministeriale 12 febbraio 1988: nei presidi sanitari aeroportuali degli aeroporti a diretta gestione statale è, dunque, prevista la presenza di medici, infermieri e autisti soccorritori, per tutte le ore di funzionamento operativo di tali scali.

Si conclude assicurando che, in considerazione dell'importanza della tematica segnalata, peraltro ben nota, questo Ministero è disponibile a partecipare, in solido con tutti i soggetti interessati, ad incontri finalizzati a verificare l'attualità e la funzionalità delle linee guida del 2014.

Il Ministro della salute

GRILLO

(11 febbraio 2019)

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

la stazione dell'Arma dei Carabinieri di Maniago (Pordenone) rappresenta uno dei presidi di sicurezza più importanti e baricentrici del territorio della provincia di Pordenone;

la giurisdizione di competenza affidata alla stazione di Maniago comprende anche zone scoscese, impervie e di difficile accesso, quali greti di torrenti e appezzamenti in pendio;

la stazione è del tutto sprovvista di mezzi fuoristrada necessari per i sopralluoghi nei siti non urbanizzati;

in caso di necessità o di operazioni non preventivate, a Maniago devono, dunque, avvalersi dei mezzi delle stazioni limitrofe, con ovvie ripercussioni sui tempi di intervento e notevoli complicazioni logistiche;

la stessa unità insiste su un territorio molto vasto e complesso che necessita di maggior personale operante, così come sollecitato negli anni dalle stesse amministrazioni locali di zona;

da circa 15 anni numerosissime sono le interrogazioni, i solleciti e le note in merito alla necessità di potenziare di mezzi e di personale di questo presidio di pubblica sicurezza,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo, ciascuno per la sua competenza, siano a conoscenza della situazione e se non ritengano necessario garantire alla stazione dell'Arma dei Carabinieri di Maniago dotazioni di mezzi adeguati alla zona, geomorfologicamente disagiata, su cui insiste, provvedendo al contempo a incrementare il personale per permettere un controllo ancor più capillare e puntuale del territorio di competenza.

(4-00546)

(13 settembre 2018)

RISPOSTA. - La stazione dei Carabinieri di Maniago, competente sull'omonimo comune e sui comuni di Fanna, Cavasso nuovo, Arba, Frisanco, Vivaro e Vajont, svolge una intensa attività di controllo su un territorio che si estende per complessivi 204,81 chilometri quadrati e con una popolazione di 19.720 abitanti.

L'attuale consistenza organica del presidio si attesta su livelli di forza effettiva che risultano, tendenzialmente, in linea rispetto al rapporto Carabinieri/cittadini in ambito provinciale.

In considerazione di ciò, in merito alla possibilità di potenziare il numero del personale operante nella Stazione di Maniago, che, peraltro, non è, ad oggi, interessata da provvedimenti di razionalizzazione del dispositivo territoriale, il Comando generale ha riferito che non si ravvisa la necessità, al momento, di prevedere una revisione dell'assetto ordinativo, considerato che l'attuale configurazione del Reparto consente di attuare sul territorio un'adeguata azione di vigilanza e di contrasto alla criminalità.

A tal proposito, la Prefettura di Pordenone ha comunicato che con l'istituzione della compagnia dei Carabinieri di Spilimbergo, avvenuta nel 2010 e da cui dipende la stazione dei Carabinieri di Maniago, si assicura una maggiore presenza di presidi di controllo del territorio e non risultano situazioni di particolari criticità riconducibili all'assenza dei mezzi fuoristrada, che come riportato in premessa all'atto, sarebbero causa dei tempi d'intervento ritenuti troppo lunghi.

Quanto, invece, all'opportunità di dotare la stazione di "mezzi adeguati alla zona", nell'evidenziare che essa ha già in dotazione due autovetture, il Comando generale dell'Arma dei Carabinieri ha reso noto di avere provveduto, recentemente, all'assegnazione di un fuoristrada in formula "no-logging a lungo termine".

Si ritiene opportuno, in conclusione, sottolineare come l'Arma dei Carabinieri riservi alle stazioni la massima e doverosa attenzione, nella consapevolezza che esse esercitano una indispensabile funzione di prevenzione e di contrasto dei fenomeni criminali e rappresentano anche una parte attiva della rete di protezione e di solidarietà sociale.

Il Ministro della difesa

TRENTA

(8 febbraio 2019)

DE BONIS, GALLICCHIO. - *Ai Ministri della salute e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* - Premesso che:

il decreto legislativo 2 febbraio 2001, n. 31, e successive modificazioni e integrazioni, recante "Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano", disciplina la qualità delle acque destinate al consumo umano con la finalità di assicurarne salubrità e potabilità, tutelando, in tal modo, la salute umana dai rischi e dalle conseguenze rinvenienti dalla contaminazione delle acque;

prevede all'art. 2, comma 1, lettera c), che il gestore del servizio idrico integrato per la Basilicata è Acquedotto Lucano SpA;

l'Azienda sanitaria locale di Matera ha pubblicato il 19 aprile 2018 un avviso rivolto alla Comunità di Metaponto lido e Case sparse di Montescaglioso, a seguito della comunicazione dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Basilicata, che dava conto dell'esito sfavorevole delle analisi dell'acqua potabile per la presenza di trialometani (THMs), sottoprodotti clorurati del cloro usato come disinfettante, al di sopra dei limiti consentiti;

i trialometani (THMs) si formano nell'acqua destinata al consumo umano soprattutto come risultato della reazione del cloro con la materia organica presente naturalmente nelle acque grezze: la quantità di THMs che si forma è in relazione alla concentrazione del cloro, degli acidi umici e degli ioni bromuro, della temperatura, del pH;

gli effetti sulla salute umana dei THMs possono essere molteplici e producono effetti cancerogeni;

l'ultimo campione prelevato nel serbatoio Campagnolo basso, a servizio di Metaponto lido e di Case sparse, ha riportato, inequivocabilmente, valori sopra la soglia di THMs di 38 microgrammi per litro, un valore, cioè, superiore al limite della soglia di 30 microgrammi per litro;

l'Azienda sanitaria locale sconsigliava, conseguentemente, l'utilizzo ad uso potabile dell'acqua;

la stessa Azienda sanitaria procedeva quindi ad inoltrare ai sindaci di Policoro, Nova Siri e Scanzano proposte per l'adozione di ordinanze urgenti, che venivano adottate nelle ore successive, al fine di sospendere l'utilizzo dell'acqua per usi potabili e per la preparazione dei cibi;

l'avviso precisava che l'azione dei trialometani avviene per "accumulo" negli anni e non ha carattere acuto;

dallo schema idrico appulo-lucano si evince che l'acqua della rete che affluisce ai predetti comuni deriva dal potabilizzatore di Montalbano jonico, in cui avviene una miscela dell'acqua proveniente dall'invaso del Sinni con quella proveniente dall'invaso del Pertusillo;

per ciò che attiene alle cause, andrebbe indagata in primo luogo la regolarità delle operazioni di sanificazione dei serbatoi e la regolarità dello smaltimento dei fanghi;

in subordine, andrebbero indagate eventuali correlazioni tra la presenza di due discariche, delle quali una attiva, e il vicino invaso di Monte Cotugno (Sinni) che potrebbe essere stato contaminato da percolato, come riportato nella sentenza della Corte di cassazione n. 7214/2011;

Acquedotto Lucano SpA, società di gestione del servizio idrico, nonostante i riscontri pervenuti da Arpab, emanava un comunicato in cui precisava: "Quelle da noi eseguite sulla rete del potabilizzatore di Montalbano Jonico (a servizio anche di Policoro e Nova Siri Marina) stanno confermando la buona qualità dell'acqua con nessun superamento dei limiti di trialometani. Le ordinanze dei sindaci sono state emesse a seguito degli esiti di un campionamento Arpab nei giorni scorsi da cui risulterebbe il superamento della soglia (30 microgrammi per litro - mcg/l) di THMs";

restano 5 i comuni lucani privati dell'acqua potabile: dopo Policoro, Scanzano jonico e Nova Siri marina, il disagio colpisce nei giorni successivi anche Montescaglioso e Metaponto;

l'allarme per un'alta concentrazione di trialometani nell'acqua non è peraltro nuovo nella provincia di Matera, dato che nel settembre 2016 esso si ripeteva negli stessi comuni colpiti dall'emergenza odierna, mentre nel mese di ottobre 2017 veniva riscontrato nel territorio di Irsina;

il 30 ottobre 2017 l'Arpab trasmetteva infatti all'Azienda sanitaria di Matera (ASM) l'esito delle analisi effettuate su un campione di acqua potabile prelevato in data 2 ottobre 2017 all'uscita del serbatoio sito in contrada "I Piani" del Comune di Irsina: il rapporto analitico evidenziava la non conformità ai limiti del decreto legislativo n. 31 del 2001 del parametro "trialometani totali";

le analisi realizzate dall'Arpab e dall'Acquedotto Lucano SpA non risulterebbero "accreditate",

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti e se non ritengano di adottare misure urgenti di propria competenza al fine di accertare l'effettiva presenza e le cause delle alte concentrazioni di trialometani nell'acqua potabile del territorio della provincia di Matera per predisporre azioni atte a prevenire danni alla salute dei cittadini e a ricondurre definitivamente sotto le soglie consentite la presenza di inquinanti;

se siano a conoscenza della cadenza temporale con cui sono state effettuate le operazioni di pulizia e sanificazione dei serbatoi della provincia di Matera con indicazione degli eventuali appalti e formulari di smaltimento dei fanghi;

se non ritengano, nell'ambito della propria attività di vigilanza, di adottare provvedimenti finalizzati a garantire che le metodiche di prelevamento dei campioni e di analisi delle acque effettuate da Arpab e da Acquedotto Lucano SpA siano necessariamente "accreditate" e, fermo restando questo, se non ritengano di adottare iniziative, anche di carattere normativo, al fine di favorire l'allineamento delle metodiche tra gli enti preposti alle analisi sull'acqua potabile per dare certezze ai cittadini.

(4-00072)

(2 maggio 2018)

RISPOSTA. - Ai sensi del decreto legislativo n. 31 del 2001, la responsabilità della idoneità dell'acqua destinata al consumo umano ricade sull'azienda USL territorialmente competente, che svolge controlli per veri-

ficare che tali acque soddisfino i requisiti normativi nei punti in cui esse sono rese disponibili per il consumo.

Nel caso di non conformità delle acque potabili ai parametri di qualità stabiliti nel decreto legislativo, l'Azienda USL competente, effettuate le valutazioni e tenuto conto dell'entità del superamento del valore di parametro pertinente, comunica al gestore idrico l'avvenuto superamento, affinché quest'ultimo attui i correttivi gestionali di competenza, necessari all'immediato ripristino della qualità delle acque erogate, nonché propone al sindaco l'adozione degli eventuali provvedimenti cautelativi a tutela della salute pubblica.

I trialometani (THM) rappresentano "sottoprodotti di disinfezione", che possono formarsi nell'acqua destinata al consumo umano durante la disinfezione con cloro e con disinfettanti clorurati, principalmente per dotazione della materia organica presente naturalmente nelle acque di origine (grezze).

Le acque superficiali, soprattutto in fasi di "stress idrici" o eventi climatici estremi, sono generalmente più soggette a formazione di questi composti.

I principali THM sono rappresentati da cloroformio (il principale sottoprodotto di disinfezione in acqua potabile clorurata), bromodichlorometano, dibromoclorometano e bromoformio.

I THM sono per la maggior parte molto volatili, evaporando una volta che si sono formati nell'acqua: per tale ragione, considerato che i sottoprodotti di disinfezione devono essere mantenuti ai livelli minori possibili e tenendo conto dell'assoluta importanza di garantire la disinfezione delle acque, gli *standard* protettivi per la salute stabiliti a livello internazionale in relazione ai THM nelle acque considerano anche l'inalazione come possibile via di esposizione.

Basandosi sugli effetti avversi negli animali da laboratorio (principalmente tossicità per fegato e reni), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito valori guida (vale a dire le concentrazioni prive di rischio se assunte per l'intera vita con l'acqua potabile) per i singoli composti e cioè, nello specifico: 300 µg/L per il cloroformio, 100 µg/L per bromoformio, 100 µg/L per dibromoclorometano, 60 µg/L per bromodichlorometano.

É stato inoltre considerato un valore cumulativo dei THMs per la prevenzione di eventuali effetti di tossicità sinergici, secondo cui la somma dei rapporti fra le concentrazioni delle singole sostanze e i loro valori guida non deve essere superiore a 1.

Considerando che i valori guida OMS sono assunti come base decisionale per la definizione di valori di parametro a livello europeo, nell'ottica di mantenere i sottoprodotti di disinfezione ai livelli più bassi possibili, in Europa la direttiva 98/83/CE, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano, ha stabilito per i THM un valore di parametro di 100 µg/L, espresso come somma delle concentrazioni dei quattro composti richiamati.

Si tratta di un valore pratico e precauzionale più basso del valore guida OMS, in vigore in molti Stati membri, indicato per tenere sotto controllo la gestione della clorazione e ridurre al minimo l'esposizione ai relativi sottoprodotti.

Il valore di parametro di 100 µg/L per i THM è attualmente riaffermato nella proposta di revisione della direttiva europea sulla qualità delle acque potabili, tenendo conto degli aggiornamenti più recenti della valutazione di rischio elaborati dalla OMS.

Occorre precisare che, a livello nazionale, il parametro THM è addirittura più restrittivo rispetto al valore di 100 µg/L previsto dall'Unione europea con la direttiva 98/83/CE: infatti, il decreto legislativo n. 31 del 2001, che recepisce la citata direttiva europea, ha assunto un limite di 30 µg/L per la somma dei quattro composti specifici.

Nei casi in cui si verificano superamenti limitati, transienti e non sistematici del valore di parametro del decreto legislativo n. 31 del 2001, si attua ogni azione/misura necessaria e indifferibile per la definizione e rimozione delle cause dei superamenti, ai fini del rientro del parametro nei limiti di conformità e per il ripristino della qualità delle acque erogate, così come previsto dall'art. 10 dello stesso decreto.

In tale contesto, le misure di risposta e gestione del rischio si collocano in uno scenario precauzionale, generalmente non a carattere di urgenza sanitaria (fatta salva ogni diversa valutazione pertinente alla ASL territorialmente competente), tenendo conto dei "margini di protezione" associati ai valori guida OMS, che risultano più ampi di quelli europei e nazionali.

Per quanto concerne la competenza tecnica dei laboratori e la qualità dei dati, si segnala che con il decreto ministeriale 14 giugno 2017, che ha recepito la recente direttiva (UE) 2015/1787 che modifica la direttiva 98/83/CE, il Ministero della salute ha introdotto l'obbligo di accreditamento entro il 31 dicembre 2019 dei laboratori, o di terzi che ottengono appalti dai laboratori, preposti al controllo ufficiale per la verifica della conformità delle acque potabili agli *standard* di qualità stabiliti nel decreto legislativo n. 31 del 2001.

In forza del decreto ministeriale 14 giugno 2017, i gestori degli acquedotti sono attualmente tenuti all'obbligo di adozione di piani di sicurezza dell'acqua, ossia di procedimenti olistici di analisi dei rischi estesi all'intera filiera idro-potabile, dalla captazione delle acque fino ai punti di utenza, inclusi i sistemi di controllo e di monitoraggio.

Sulla base di quanto detto, le criticità espresse (tra cui l'accertamento della presenza e delle cause delle alte concentrazioni di THM, l'adozione di misure di prevenzione del rischio, la manutenzione e il controllo delle reti idriche) debbono essere appropriatamente definite, condotte e verificate nell'ambito di un piano di sicurezza dell'acqua, da implementare da parte del gestore idro-potabile, sulla base delle "Linee guida nazionali per la valutazione e gestione del rischio nella filiera delle acque destinate al consumo umano secondo il modello dei Water Safety Plans (Piani di sicurezza dell'acqua)", elaborate dall'Istituto superiore di Sanità e consultabili nella sezione "Pubblicazioni" del sito *web* di quest'ultimo.

Per quanto di competenza del Ministero della salute, si assicura che lo stesso mantiene un elevato livello di attenzione e di attività sulla qualità delle acque potabili, sia in ambito nazionale che in sede di Commissione europea, ponendo anche in essere specifiche iniziative.

Il 10 maggio 2018 questo Ministero, in collaborazione con l'Istituto superiore di Sanità e con Accredia, ha ospitato e condotto un *workshop* sui requisiti dei laboratori di controllo delle acque destinate al consumo umano, specificamente destinato a chiarire agli operatori del settore come conseguire l'accreditamento obbligatorio previsto nel decreto ministeriale 14 giugno 2017.

All'evento hanno partecipato i rappresentanti di tutte le Regioni/Province Autonome, inclusa la Regione Basilicata.

Per quanto riguarda le iniziative adottate a livello regionale, la Prefettura - Ufficio territoriale del Governo di Matera ha comunicato quanto segue.

L'emergenza verificatasi per il superamento dei trialometani riguarda i comuni serviti dal potabilizzatore in agro di Montalbano Jonico (Matera).

Come già ricordato, ai sensi del decreto legislativo n. 31 del 2001, il titolare competente dei controlli interni è il Gestore, nella fattispecie l'Acquedotto Lucano, mentre l'ente competente per i controlli esterni è l'Azienda sanitaria locale territorialmente competente.

Al riguardo, l'Azienda sanitaria di Matera effettua periodicamente campionamenti delle acque che vengono consegnati all'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) Basilicata per le analisi.

I rapporti analitici vengono trasmessi all'Azienda sanitaria competente, che emette il giudizio di potabilità.

Il metodo per la determinazione dei THM consiste nella separazione gascromatografica della miscela da esaminare, contenente i composti organo alogenati volatili (THM), utilizzando la tecnica dello spazio di testa con rivelatore a cattura di elettroni (ECD) oppure con gascromatografia-spettrometria di massa (GS/MS): l'utilizzo di entrambi gli strumenti è previsto dalle metodiche dell'Istituto superiore di Sanità.

I laboratori di Acquedotto Lucano sono dotati di gascromatografo con rivelatore ECD, mentre l'ARPAB utilizza GS/MS.

Per tale motivo, Acquedotto Lucano si avvale anche del laboratorio accreditato SCA Servizi consulenze analisi ambientali di Marconia (Matera), in quanto usa la stessa apparecchiatura utilizzata dall'ARPAB.

Il 10 aprile 2018 sono stati eseguiti campionamenti congiunti da parte di Acquedotto Lucano e di ARPA Basilicata presso i due serbatoi (località Pane e Vino e località Acinapura) a servizio dell'abitato di Policoro (Matera).

Il 17 aprile 2018 il Dipartimento prevenzione collettiva della salute umana dell'Azienda sanitaria di Matera ha segnalato il superamento del parametro THM all'uscita di entrambi i serbatoi, a seguito della comunicazione dell'ARPAB, che aveva riscontrato 45 µg/L (località Pane e Vino) e 46 µg/L (località Acinapura), invitando il sindaco di Policoro ad emettere l'ordinanza di non potabilità dell'acqua.

Subito dopo sono stati eseguiti altri prelievi dal personale dell'Acquedotto Lucano e dell'Azienda sanitaria di Matera, oltre che presso i serbatoi di Policoro, anche presso i serbatoi di Nova Siri, Scanzano Jonico e presso l'impianto di potabilizzazione di Montalbano Jonico.

Il 18 aprile 2018 l'ARPAB informava che anche per Nova Siri e Scanzano Jonico i valori THM risultavano superiori alla soglia, determinando le ordinanze sindacali di non potabilità.

Il 20 aprile, l'ARPAB, in seguito ad altri prelievi, riscontrava i valori di THM non conformi presso i serbatoi che erogano l'acqua ai Comuni di Nova Siri (36 µg/L), Policoro (44 µg/L e 40 µg/L), Scanzano Jonico (36 µg/L), Bernalda (34 µg/L) e Montescaglioso (34 µg/L), con ulteriori ordi-

nanze di divieto dell'uso dell'acqua per usi domestici anche nei Comuni di Bernalda e Montescaglioso.

L'Azienda sanitaria di Matera, con una serie di note, invitava formalmente l'Acquedotto Lucano a spiegare le cause di tale superamento, nonché a trasmettere gli accertamenti analitici eseguiti ed a porre in essere ogni attività al fine di abbassare i livelli di THM, ivi compreso lo svuotamento totale dei serbatoi.

L'Acquedotto Lucano riferiva che nelle verifiche, effettuate regolarmente presso il laboratorio interno ed anche presso il laboratorio esterno accreditato SCA di Marconia, il valore dei THM risultava sempre inferiore al limite dei 30 µg/L previsto dalla normativa vigente, facendo rilevare che l'Acquedotto Pugliese, che preleva la stessa acqua, non aveva evidenziato alcuna anomalia.

L'Acquedotto Lucano rappresentava che il sovradimensionamento dei serbatoi di linea e della rete di distribuzione causava tempi elevati di permanenza dell'acqua: non potendo intervenire sulle opere, riduceva il tenore del cloro ed i tempi di stazionamento dell'acqua potabilizzata nei serbatoi, assicurando un riciclo dell'acqua in 24 ore.

L'Acquedotto Lucano rendeva noto, inoltre, di non aver effettuato alcuna precedente iperclorazione, ed escludeva eventuali cause ambientali, precisando di aver eseguito regolarmente le attività di manutenzione ordinaria e straordinaria dei suddetti serbatoi, consistenti nei lavaggi delle vasche, nel regolare i volumi dell'acqua e nel mantenere un livello di cloro residuo sufficiente ad impedire crescite batteriche in rete, e relazionando su tutte le attività eseguite.

In merito al lavaggio dei serbatoi, l'Acquedotto ha precisato che esso rientra tra le normali operazioni di manutenzione ordinaria delle opere nella gestione del sistema idrico integrato e che, trattandosi di opere che contengono acqua potabile e non di depuratori, non si ha alcuna produzione di fango e consequenziale smaltimento in discarica.

L'Azienda sanitaria di Matera, in seguito ad un ulteriore controllo e alla comunicazione dell'ARPAB sulla conformità analitica dei THM, nei giorni 23 e 24 aprile ha invitato i sindaci a revocare le ordinanze di non potabilità.

Il 7 maggio Azienda sanitaria di Matera ed Acquedotto Lucano effettuavano nuovi campionamenti.

Dalle analisi, i valori di THM risultavano discordanti, determinando nuovamente le ordinanze di non potabilità da parte dei sindaci dei comuni interessati.

Tali provvedimenti venivano revocati dopo una decina di giorni, in seguito alle stesse operazioni già effettuate per il mese di aprile 2018 da parte dell'Acquedotto Lucano e gli ulteriori prelievi da parte di Azienda sanitaria di Matera ed ARPAB.

La Giunta della Regione Basilicata, con deliberazione n. 408 dell'11 maggio 2018, è intervenuta sulla questione, allo scopo di superare il disallineamento dei valori dei THM nell'acqua potabile, costituendo un gruppo di lavoro interdipartimentale che rilevava la necessità, da parte di Acquedotto Lucano e ARPAB, di definire, con immediatezza, metodiche *standard* comuni per le determinazioni analitiche dell'acqua ad uso potabile riguardante segnatamente i THM, nonché di individuare, nell'Istituto superiore della Sanità, il soggetto terzo normativamente competente, per la sottoscrizione di un protocollo di intercalibrazione relativo alla determinazione dei THM.

Tale Gruppo invitava, altresì, l'Acquedotto Lucano ad eseguire lavori aggiuntivi e/o alternativi.

Pertanto, al fine di attuare una efficace collaborazione per la definizione dell'allineamento delle metodiche analitiche, sono state eseguite le prove interlaboratoriali, consistite nel preparare, sempre da parte di ARPAB, una soluzione madre a concentrazione nota di THM, da destinare a ciascun laboratorio: le prove hanno dato risultati positivi per tutti i laboratori, tranne la prima prova, che ha riportato un risultato difforme solo per l'ARPAB.

Al fine di monitorare i controlli, Acquedotto Lucano, Azienda sanitaria di Matera e ARPAB hanno concordato di proseguire con ulteriori prove congiunte.

I campionamenti, eseguiti in data 15 e 27 giugno e 3 luglio 2018, hanno messo in evidenza valori di concentrazione di THM molto simili, ivi compresi i prelievi eseguiti presso due utenze private nel Comune di Policoro.

In merito all'accreditamento dei laboratori, in ottemperanza a quanto disposto dal citato decreto ministeriale 14 giugno 2017, Acquedotto Lucano ha riferito di aver messo in atto l'attività propedeutica alla fase di accreditamento.

Il Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione dell'Azienda sanitaria di Matera ha espresso il parere di inoltrare al Ministero della salute la richiesta di deroga, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 31 del 2001, in merito alla soglia dei THM, nonché di chiedere l'intervento dell'Istituto Superiore della Sanità, quale terzo soggetto normativamente competente.

Al momento attuale, l'erogazione idrica avviene regolarmente e non sono in vigore ordinanze sindacali di non potabilità dell'acqua.

Il Ministro della salute

GRILLO

(6 febbraio 2019)

DE BONIS, CIAMPOLILLO, LEONE, FATTORI, ABATE, AGOSTINELLI, BOTTO, TRENTACOSTE, GIANNUZZI, LANNUTTI, FENU, CRUCIOLI, D'ANGELO, LOMUTI, EVANGELISTA, GUIDOLIN, NOCERINO, DRAGO, CAMPAGNA, LOREFICE, ANGRISANI, DI MICCO, AUDDINO, GAUDIANO, MATRISCIANO, ROMANO, NUGNES, LA MURA, NATURALE, GIARRUSSO, ROMAGNOLI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che, in data 14 settembre 2018, il primo firmatario del presente atto ha appreso dal dirigente dell'Usmaf (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera) di Bari, dottor Mascolo, che il grano importato dal Canada è presumibilmente contaminato da glifosato, sostanza nociva, come dimostrato da recenti studi. Più in generale, il dirigente ha affermato che secondo il monitoraggio predisposto da un anno dal Ministero della salute emerge la presenza di glifosato nel grano a importazione extra-comunitaria e, tuttavia, attualmente ormeggiano due navi nel porto di Bari contenenti grano destinato all'industria alimentare ("Akaki" dal Canada e "Pomorze" dalla Francia);

considerato che:

l'articolo 444 del codice penale punisce la commercializzazione di sostanze alimentari nocive al fine di tutelare la salute pubblica e, quindi, l'integrità fisica delle persone;

per quanto riguarda il mercato comunitario e italiano le disposizioni nazionali e comunitarie vigenti (regolamento (UE) n. 1313/2016) prevedono che, dall'agosto 2016, i limiti di glifosato siano disapplicati, introducendo un divieto al suo uso;

il decreto del Ministero della salute del 9 agosto 2016 ha disposto, a decorrere dal 22 agosto 2016, la revoca delle autorizzazioni all'immissione in commercio e modifica delle condizioni d'impiego di alcuni prodotti fitosanitari contenenti la sostanza attiva glifosato, sospettato di essere cancerogeno, mentre in precedenza era possibile utilizzare il glifosato nelle coltivazioni in pre-raccolta al solo scopo di ottimizzare il raccolto o la trebbiatura,

si chiede di sapere se e quali provvedimenti il Ministro in indirizzo intenda adottare al fine di tutelare la salute dei consumatori.

(4-00581)

(20 settembre 2018)

RISPOSTA. - Il glifosate è una sostanza diserbante il cui processo di revisione nell'Unione europea sulla base del parere dell'European food safety agency (EFSA), si è concluso con il regolamento (UE) 2017/2324 del 15 dicembre 2017, con un rinnovo per 5 anni, per cui la sostanza è tuttora legalmente in commercio nell'Unione stessa.

Il Ministero della salute, in linea con le decisioni europee (regolamento di esecuzione 2016/1313 del 1° agosto 2016), aveva adottato, con il decreto ministeriale 9 agosto 2016, misure restrittive precauzionali per gli usi della sostanza diserbante glifosate; in particolare, è stato revocato l'impiego in pre raccolta sul grano, al solo scopo di ottimizzare il raccolto o la trebbiatura, mentre è ancora consentito un diserbo del terreno destinato alla coltivazione del grano, ma senza coltura.

In corrispondenza delle misure restrittive adottate nell'agosto 2016, il Ministero della salute ha invitato le autorità competenti per i controlli a incrementare le ricerche di residui di glifosate negli alimenti, in attesa di ulteriori decisioni per gli aspetti normativi, anche presso i porti.

Si rileva che il divieto di impiego in pre raccolta sul grano in Italia non determina una disapplicazione dei limiti europei, in quanto nel resto dei Paesi dell'Unione europea, nonché in quelli extraeuropei, questo uso è ancora consentito sul grano.

Secondo quanto stabilito dal regolamento (UE) n. 293/2013 (regolamento residui), si applica attualmente un limite massimo pari a 10 mg/Kg di glifosate nel frumento.

È tuttora in atto un processo di revisione dei limiti massimi di residui di glifosate presso il Comitato permanente della Commissione europea.

Premesso quanto sopra, l'entrata in vigore di alcune limitazioni sull'uso del glifosate, attuate in Italia con il citato decreto ministeriale del 9 agosto 2016, non ha portato, alla disapplicazione dei limiti vigenti, bensì a limitare l'impiego del glifosate nelle coltivazioni nazionali.

Per quanto riguarda il riscontro dell'eventuale presenza di residui di glifosate nel grano d'importazione nei limiti di legge, tale riscontro non costituisce né una non conformità, né un rischio per la salute.

Si precisa che i dati a disposizione del Ministero della salute evidenziano che dai controlli condotti dagli uffici di Sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), nell'ambito di un piano di campionamento conoscitivo disposto da questo Ministero e tuttora in corso, per la ricerca del glifosate, tutti i campioni analizzati presentano valori per residui di glifosate conformi al limite di 10 mg/Kg previsti dalla vigente normativa.

L'USMAF di Bari, che ha condotto un considerevole numero di controlli nell'ambito del piano, ha pertanto confermato la presenza di residui di glifosate nel grano canadese entro i limiti di legge.

Sono comunque in corso di valutazione ulteriori iniziative di verifica della conformità alle norme vigenti.

Il Ministro della salute

GRILLO

(6 febbraio 2019)

FARAONE. - *Al Ministro della difesa.* - Premesso che:

con la circolare n. 2938 del 2016 sulle "Norme per la vita e il servizio interno di caserma", lo Stato maggiore dell'Esercito disciplina i servizi di caserma. La circolare è stata modificata dallo Stato maggiore, con l'introduzione di elementi di novità rispetto alla precedente edizione. A causa delle modifiche apportate al regolamento interno, la categoria dei graduati, ad esempio, non potrà svolgere compiti in relazione alla propria anzianità di servizio e al grado ricoperto, trovandosi a ricoprire mansioni che prima erano affidate a militari di leva e volontari in ferma prefissata;

il codice dell'ordinamento militare di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, all'articolo 627, stabilisce che: "Il personale militare è inquadrato in quattro categorie gerarchicamente ordinate: a) ufficiali; b) sottoufficiali; c) graduati (dal grado di Caporal Maggiore Capo Scelto a primo Caporal Maggiore); d) militari di truppa", categoria che, come detto al punto 5, comprende, oltre ai militari di leva, i volontari in ferma prefissata, gli allievi carabinieri, gli allievi finanziari, gli allievi delle scuole militari, navale ed aeronautica, gli allievi marescialli in ferma, gli allievi ufficiali in ferma prefissata e gli allievi ufficiali delle accademie militari;

il decreto legislativo 29 maggio 2017, n. 94, all'articolo 1, commi 5, 6, e 7, prevede che ai militari delle varie categorie che rivestono il grado apicale (marescialli, sergenti e graduati) può essere attribuita una qualifica che comporta l'assunzione di attribuzioni di particolare rilievo in relazione al ruolo di appartenenza e all'anzianità posseduta. Nello specifico, tale previsione riguarda coloro che: a) ricoprono incarichi di maggiore responsabilità; b) sono i diretti collaboratori di superiori gerarchici, che possono sostituire in caso di impedimento o di assenza; c) assolvono, in via prioritaria, funzioni di indirizzo o di coordinamento con piena responsabilità per l'attività svolta;

per effetto del nuovo regolamento dei servizi di caserma, graduati con oltre 20 anni di servizio alle spalle si ritrovano a svolgere servizi effettuati da sempre dai militari di leva e dai volontari in ferma triennale senza un minimo di riconoscimento professionale dovuto al maggiore carico di responsabilità, determinando, di fatto, notevole malessere tra il personale;

con la delibera n. 10 del 1° agosto 2018, il consiglio centrale di rappresentanza (COCER), tenuto conto delle richieste del personale in varie occasioni di incontro e l'approssimarsi della scadenza del periodo "sperimentale" della circolare n. 2938, ha chiesto allo Stato maggiore dell'Esercito di autorizzare un incontro tecnico con gli uffici al fine di definire le linee guida della circolare;

a seguito di detta richiesta, il 1° reparto SME ha provveduto a trasmettere al COCER una scheda tecnica, a sostegno della tesi che con la modifica alla circolare in materia di riordino dei ruoli e delle carriere del personale delle forze armate si è inteso attribuire solo un riconoscimento economico,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della revisione apportata alla circolare n. 2938;

quali iniziative intenda porre in essere al fine di tutelare il benessere la dignità dei graduati delle forze armate e garantire, con lo stesso criterio utilizzato per le altre categorie, l'anzianità di servizio e il grado acquisito con incarichi di maggiore responsabilità, valutando ed interpretando in chiave positiva quanto disposto dal decreto legislativo sul riordino delle carriere.

(4-00722)

(23 ottobre 2018)

RISPOSTA. - La Pubblicazione n. 2938 "Norme per la vita e il servizio interno di caserma" disciplina, sulla base dei principi e dei criteri fissati dalla Forza Armata in aderenza al quadro giuridico di riferimento, le modalità di svolgimento dei servizi interni alle strutture militari, fornendo ai comandanti le opportune prescrizioni per l'impiego del personale, al fine di garantire la sicurezza interna e la funzionalità delle installazioni.

Gli aggiornamenti rispetto all'edizione originale del documento (2009) attengono essenzialmente all'impiego dei graduati nel servizio di guardia; in particolare, mentre il testo originale della Pubblicazione non prevedeva alcuna distinzione di categoria per lo svolgimento del servizio, disimpegnato sia dai graduati, sia dai militari di truppa, si è proceduto, con successive varianti, ad assegnare ruoli e compiti in relazione al grado rivestito, arrivando, nella vigente edizione aggiornata a fine 2015, a differenziare il servizio di "sentinella", cui concorrono sia i graduati, sia i militari di truppa, da quello di "Comandante della guardia", limitato, sulla base dell'anzianità di grado, ai soli graduati.

Lo spirito dell'aggiornamento della Pubblicazione, avviato già nel 2010, con il coinvolgimento di tutti i vertici d'area e della rappresentanza militare (COCER Esercito), è stato quello di adeguare il documento al nuovo quadro normativo (in particolare, al Codice dell'ordinamento militare e al Testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare), alle mutate esigenze delle caserme (nello specifico, quella di ridurre il numero di servizi, divenuti eccessivi in relazione al ridotto personale stanziato) e ad alcune criticità nel frattempo manifestatesi, tra le quali l'invecchiamento del personale della forza armata, con particolare riguardo ai graduati nei gradi apicali.

Nel corso di tale processo di aggiornamento e degli approfondimenti condotti, anche successivamente, e sempre con il coinvolgimento della Rappresentanza militare, è emersa: la necessità, causa il citato invecchiamento del personale, che anche il grado apicale dei graduati partecipasse al servizio di guardia. Diversamente, l'esenzione avrebbe comportato una consistente diminuzione del bacino dei disponibili per il servizio, rendendo impossibile la turnazione, stanti le maggiori consistenze di personale della categoria graduati rispetto a quelle dei militari di truppa; l'impossibilità di un'ulteriore revisione dei servizi in funzione delle novità introdotte dal riordino dei ruoli, in quanto il provvedimento non ha al momento generato effetti sull'impiego, sulle funzioni e sui compiti del personale.

Sotto tale aspetto, una revisione della pubblicazione potrà essere effettuata allorquando saranno chiaramente definiti tali effetti, come tra l'altro rappresentato nell'ambito della risposta alla delibera n.10/2018 del COCER Esercito menzionata, in un quadro armonico che pone comunque la cura e il benessere del personale quale priorità assoluta della forza armata.

Alla luce di quanto rappresentato, il documento, che ha visto la luce all'esito del processo di revisione e degli approfondimenti svolti, e condivisi dalla Forza Armata, fissa in maniera univoca criteri e principi validi per tutte le categorie di personale militare, assicurando la sostenibilità dei servizi attraverso l'equa partecipazione del personale all'interno della categoria e tra le categorie, con parametri improntati all'economicità (riducendo il numero dei servizi) e alla modularità (attraverso servizi flessibili e adattabili alle diverse realtà locali).

Inoltre, il documento, nella sua attuale versione, salvaguarda al massimo grado la differenziazione professionale tra militari di truppa e graduati, attribuendo a questi ultimi maggiori responsabilità, in quanto essi soli concorrono al servizio di comandante della guardia e ad essi soli, qualora nel grado apicale e in carenza di sergenti, viene attribuita la possibilità di concorrere al servizio di sottufficiale d'ispezione.

Infine, la vigente edizione della pubblicazione, nel recepire le problematiche della forza armata, *in primis* quella relativa all'incremento delle consistenze dei graduati nelle fasce d'età più avanzata, è volta a tutelare il personale anche sotto l'aspetto della dignità professionale, in quanto ripartisce i servizi in base al principio gerarchico sancito dalla legge, pur salvaguardando la necessaria autonomia e flessibilità dei comandanti nell'organizzazione dei compiti, sulla base delle specifiche esigenze e della composizione della forza effettiva.

Nondimeno, nello spirito della progressiva valorizzazione del personale, che ha rappresentato, sin dall'inizio, uno dei principi cardine dell'azione del Ministero, si ritiene che l'imminente discussione degli interventi correttivi al decreto legislativo 29 maggio 2017, n. 94, recante "Disposizioni in materia di riordino dei ruoli e delle carriere del personale delle Forze armate", nell'ambito di un Tavolo tecnico di prossima costituzione con il coinvolgimento della Rappresentanza militare, possa rappresentare la sede opportuna per approfondire ulteriormente l'argomento, valutandone con la giusta lungimiranza, i possibili sviluppi futuri.

Il Ministro della difesa

TRENTA

(8 febbraio 2019)

IANNONE. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che a quanto risulta all'interrogante:

cozze vive provenienti dalla Grecia e contaminate da salmonella sarebbero state già immesse sull'intero mercato nazionale;

non si conoscono i lotti con cozze vive contaminate anche perché riguardano non solo la grande distribuzione, ma anche pescherie e mercati;

ad allertare le autorità sanitarie dei diversi Paesi europei ed esteri circa la presenza di salmonella è stata proprio l'Italia;

"Rasff", il sistema di allerta rapido dell'Unione europea, ha invitato tutti a prestare la massima attenzione e a non consumare le cozze vive senza prima sottoporle al controllo del Servizio igiene degli alimenti e nutrizione della Asl locale,

si chiede di sapere:

se al Governo risulti che i mitili interessati dal richiamo possano esser commercializzati al di fuori dei canali legali, mettendo a grave rischio la salute dei consumatori;

quali iniziative intenda realizzare per tutelare anziani, bambini e soggetti con *deficit* a carico del sistema immunitario maggiormente esposti al rischio di salmonella.

(4-00688)

(16 ottobre 2018)

RISPOSTA. - In data 12 ottobre 2018 la ASL di Taranto ha trasmesso, attraverso il sistema di allerta europeo RASFF (*rapid alert system for food and feed*) la notifica 2018.2889 per presenza di salmonelle in mitili vivi.

I mitili non conformi, dalle verifiche effettuate a cura delle autorità locali, sono risultati di provenienza greca, ma depurati in uno stabilimento pugliese prima del campionamento.

A seguito delle indagini svolte, le autorità locali hanno proceduto alla sospensione delle attività del centro di depurazione per gravi carenze igienico-strutturali.

Per quanto concerne il lotto non conforme, oggetto di allerta, sono stati avviati il rintraccio ed il ritiro del prodotto, secondo le liste di distribuzione.

La Regione Puglia ha comunicato che non vi sono evidenze che possano far pensare che il prodotto sia stato commercializzato al di fuori dei canali legali.

Inoltre, il Ministero della salute ha diramato un opuscolo per il consumatore, pubblicato nel portale di questo Ministero, in cui viene indicato come i molluschi bivalvi siano organismi filtratori che possono concentrare batteri e *virus* presenti nelle acque, e che solo una cottura completa può minimizzare i rischi microbiologici.

Il Ministro della salute

GRILLO

(11 febbraio 2019)

RIZZOTTI. - *Al Ministro della salute.* - Premesso che, per quanto risulta all'interrogante:

la direzione dell'azienda ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria, con deliberazioni n. 54 del 25 gennaio 2016 e n. 954 dell'11 ottobre 2017, ha indetto e successivamente riavviato (attraverso la riapertura dei termini) l'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di dirigente medico come direttore di struttura complessa Ostetricia e ginecologia ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni (come novellato in particolare dall'art. 4 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189), nonché in ottemperanza alla delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 14-6180 del 29 luglio 2013 ed ai criteri previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484;

in data 27 e 28 febbraio 2018, si è regolarmente svolta la procedura selettiva e la competente commissione di selezione, nominata con deliberazione n. 80 del 31 gennaio 2018, ha provveduto a trasmettere la documentazione ed i verbali delle operazioni svolte con l'esito della selezione, dal quale si evince che a seguito della valutazione dei titoli e dei colloqui, 3 candidati risultano aver conseguito i migliori punteggi: dottor Davide Dealberti punteggio complessivo 81 su 100; dottor Vittorio Aguggia punteggio complessivo 71 su 100; dottor Nicola Strobelt punteggio complessivo 70 su 100;

con la nota prot. n. 6685 del 27 marzo 2018, la direzione ha disposto di procedere all'attribuzione dell'incarico quinquennale di direttore di Ostetricia e ginecologia al dottor Nicola Strobelt, ritenendo che fosse il can-

didato più adatto, al fine di meglio realizzare gli obiettivi di salute dell'azienda ospedaliera;

in relazione al citato "decreto Balduzzi", decreto-legge n. 158 del 2012, la scelta definitiva del professionista da incaricare spetta al direttore generale dell'azienda; la dottoressa Giovanna Baraldi, direttore generale dell'azienda ospedaliera, ha attribuito l'incarico al terzo in graduatoria. È vero che la scelta può cadere sul secondo o terzo candidato, ma solitamente questo avviene quando c'è un distacco di uno o 2 punti, certo non 11;

dagli atti dei verbali di selezione risulta che il dottor Davide Dealberti ha conseguito il miglior punteggio rispetto all'incaricato sia nella macroarea del *curriculum* (34 su 50 rispetto a 33 su 50), sia nella macroarea del colloquio (47 su 50 rispetto a 37 su 50, con valore soglia di idoneità 35 su 50);

un aspetto altrettanto importante è l'aderenza al profilo professionale ricercato ossia il fabbisogno dell'azienda ospedaliera di Alessandria, da cui si evincerebbe che i candidati Dealberti e Strobelt hanno lo stesso identico punteggio (11 su 15),

si chiede di sapere:

quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda adottare in relazione al verbale di selezione, considerati i criteri di trasparenza e meritocrazia richiamati dalla normativa citata che dovrebbero caratterizzare l'operato delle aziende sanitarie;

se, nei limiti delle prerogative conferitegli dall'ordinamento, non intenda valutare l'invio di ispettori ministeriali presso la direzione dell'azienda ospedaliera al fine di accertare la regolare procedura di selezione del direttore della struttura complessa di Ostetricia e ginecologia.

(4-00059)

(2 maggio 2018)

RISPOSTA. - In merito alla questione delineata, la Prefettura - Ufficio territoriale del Governo di Alessandria ha acquisito informazioni presso la Direzione generale dell'azienda ospedaliera nazionale "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo".

Dai dati pervenuti, risulta che, con la deliberazione n. 54/2016 la citata Direzione generale procedeva all'indizione dell'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di Direzione della struttura complessa Ostetricia

e Ginecologia dell'azienda ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La procedura è disciplinata dall'art. 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (così come novellato, in particolare, dall'art. 4 del decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189) e dalla delibera di Giunta regionale Piemonte n. 14-6180 del 29 luglio 2013.

Con deliberazione n. 954/2017 la Direzione generale procedeva alla riapertura dei termini per la presentazione delle domande, e con deliberazione n. 80/2018 si provvedeva alla nomina della commissione di selezione.

Il 27 e 28 febbraio 2018 si è svolta la procedura e la commissione di selezione ha provveduto a trasmettere alla Direzione generale la documentazione ed i verbali riportanti l'esito della selezione, attestanti che i candidati con i migliori punteggi sono risultati: dott. Davide Dealberti, punteggio complessivo 81/100; dott. Vittorio Aguggia, punteggio complessivo 71/100; dott. Nicola Strobel, punteggio complessivo 70/100.

Con nota del 27 marzo 2018, la Direzione generale ha valutato e motivato che il dott. Nicola Strobel fosse il candidato più adatto all'attribuzione dell'incarico quinquennale di direttore della struttura complessa Ostetricia e Ginecologia, al fine di meglio realizzare gli obiettivi di salute dell'azienda ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo".

Pertanto con deliberazione n. 251/2018 si è proceduto alla formale approvazione degli atti della selezione ed alla conseguente nomina del dott. Strobel.

La procedura di selezione del direttore di struttura complessa, per come è configurata dalle norme citate che la disciplinano, trova compiuta sintesi nella definitiva scelta del direttore generale aziendale, chiamato ad individuare, nell'esercizio dei poteri ad esso conferiti, e nell'elenco degli idonei predisposto dalla commissione di selezione, il candidato ritenuto meglio in grado di realizzare i programmi di salute dell'azienda, e non necessariamente colui che ha conseguito il miglior punteggio.

La selezione non integra infatti un concorso in senso tecnico, perché è articolata secondo uno schema destinato a concludersi con una scelta essenzialmente fiduciaria operata dal direttore generale (come più volte ribadito dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione a sezioni unite, nelle sentenze del 9 maggio 2016, n. 9281; 3 febbraio 2014, n. 2290; 13 ottobre 2011, n. 21060; 5 marzo 2008, n. 5920; 16 aprile 2007, n. 8950; 8 novembre 2005, n. 21593).

Le modifiche apportate dall'art. 4 del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012, prevedono che il direttore generale, ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, motivi analiticamente la scelta, senza fissare alcun limite alla differenza di punteggio tra i candidati idonei alla nomina.

Nella scelta dei direttori di struttura complessa le modifiche apportate dalla normativa citata hanno rafforzato il principio di indipendenza del direttore generale aziendale: le motivazioni che hanno determinato la nomina del dott. Strobelt sono quelle riportate nella citata nota del 27 marzo 2018.

Per gli aspetti di competenza, il Ministero della salute rammenta che il citato art. 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992 detta le procedure per il conferimento degli incarichi di struttura complessa, al fine di introdurre meccanismi di selezione oggettiva della dirigenza sanitaria, privilegiando il merito e la trasparenza.

Infatti, la normativa, pur mantenendo fermi i requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 484 del 1997, recante "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale", ha demandato alle Regioni il compito di disciplinare i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi, nel rispetto di specifici principi.

In particolare, viene disposto che: "a) la selezione sia effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa dei ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale; b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione presenta al direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta".

Ai fini del conferimento degli incarichi di struttura complessa, le aziende procedono alla definizione del profilo da ricoprire sulla base della programmazione regionale, di quella aziendale, nonché delle attività e degli obiettivi che in tale contesto la struttura complessa è chiamata a svolgere,

tenendo conto di un duplice profilo: oggettivo (afferente agli aspetti relativi al governo clinico e alle caratteristiche organizzative della struttura a cui affrisce l'incarico di direzione) e soggettivo (concernente le competenze professionali e manageriali, le conoscenze scientifiche e le attitudini ritenute necessarie per l'espletamento dell'incarico).

Ciò richiede che l'individuazione della posizione da ricoprire sia connotata da elementi di specificità e concretezza, al fine di rispondere il più possibile alle necessità dell'azienda sanitaria.

Nel caso in esame, secondo quanto emerge dalla documentazione qui pervenuta, il direttore dell'azienda ospedaliera di Alessandria ha conferito l'incarico al dott. Nicola Strobelt, provvedendo a fornire nella delibera di conferimento dell'incarico una analitica motivazione, volta ad evidenziare che tale scelta è stata effettuata "al fine di meglio realizzare gli obiettivi di salute" dell'azienda stessa e, pertanto, "la scelta è avvenuta nell'interesse esclusivo" dell'azienda medesima, come risulta dagli elementi forniti dalla Prefettura di Alessandria.

Posto, pertanto, che come sancito dalla giurisprudenza "l'atto di conferimento dell'incarico di direttore di struttura complessa di cui all'art. 15, comma 7-bis, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, così come inserito dall'art. 4 del d.l. 13 settembre 2012, n. 158 e convertito in legge dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, continua ad essere espressione di una scelta di carattere fiduciario di tipo negoziale, ancorché avvenga all'esito di una procedura atta a garantire le condizioni di un trasparente ed imparziale esercizio dell'attività amministrativa, in applicazione dei principi fissati dall'art. 97 della Costituzione" (TAR Friuli-Venezia Giulia 23 giugno 2015, n. 297), non può ritenersi che l'indicazione della terna con i relativi punteggi dia luogo alla formazione di una graduatoria.

Pertanto, considerato che nell'attuale quadro costituzionale è affidata alle Regioni e alle aziende sanitarie ed ospedaliere la responsabilità gestionale in ordine al conferimento degli incarichi, si ritiene che eventuali specifiche valutazioni sulle motivazioni espresse nella delibera di conferimento dell'incarico, possano essere in concreto effettuate solo dalla Regione competente che, di conseguenza, è chiamata a risponderne.

Il Ministro della salute

GRILLO

(6 febbraio 2019)

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

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 definisce i nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) e sostituisce integralmente il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, con cui sono stati definiti per la prima volta le attività, i servizi e le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse raccolte attraverso la fiscalità generale;

in particolare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 aggiorna gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal *ticket*. Inserisce più di 110 entità, tra malattie rare singole e gruppi, e 6 nuove patologie croniche;

è previsto, altresì, che i LEA verranno aggiornati annualmente;

affinché i livelli essenziali di assistenza possano essere aggiornati in modo continuo, sistematico, basandosi su regole chiare e criteri scientificamente validi, la legge di stabilità per il 2016 (legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 556) ha previsto l'istituzione della commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, presieduta dal Ministero della salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento dei soggetti con competenze tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale (Istituto superiore di Sanità, CSS, società scientifiche, Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Società italiana di medicina generale e delle cure primarie, eccetera);

la sindrome di Sjogren è una malattia sistemica autoimmune, caratterizzata da flogosi cronica delle ghiandole a secrezione esocrina con associato *deficit* funzionale; il quadro clinico è caratterizzato da sintomi quali secchezza delle fauci (xerostomia) e dell'area oculare (cheratocongiuntivite secca). La malattia può decorrere isolatamente (forma primaria) o associata ad altre patologie autoimmuni, tra cui più spesso l'artrite reumatoide, il *lupus* eritematoso sistemico e altre connettiviti (forma in *overlap*). La malattia può colpire tutte le età, ma si manifesta più frequentemente nelle donne tra la quinta e la sesta decade di vita. Il rapporto tra donna e uomo è 9 a 1;

la sindrome di Sjogren non è stata mai inclusa nei livelli essenziali di assistenza, neanche nella ridefinizione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 provocando un trattamento decisamente iniquo rispetto ad altre malattie, e negando quindi ai pazienti la gratuità delle cure farmacologiche;

la sindrome è inserita come malattia rara a livello europeo nel gruppo ERN delle connettiviti,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della situazione e in base a quali criteri la sindrome non sia stata inserita nelle malattie rare in sede di revisione dei LEA avvenuta con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;

se non ritenga opportuno, nell'ambito dell'aggiornamento annuale dei LEA operato dalla commissione nazionale, così come previsto dal decreto stesso, inserire nell'elenco delle malattie rare anche la sindrome di Sjogren.

(4-00147)

(29 maggio 2018)

RISPOSTA. - In merito alla questione delineata, occorre precisare preliminarmente che l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza non attiene all'indicazione delle patologie, quanto alle prestazioni ad esse riconducibili, alle quali i cittadini hanno diritto dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), ovvero gratuitamente, qualora siano esenti (per malattia o per reddito).

Pertanto, gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche ed invalidanti hanno lo scopo di riconoscere, alle persone che ne sono affette, il diritto all'esenzione dal *ticket* relativo alle connesse prestazioni sanitarie.

Ciò premesso, la sindrome di Sjogren non è inserita tra le malattie rare, bensì tra le malattie croniche invalidanti contenute negli allegati 8 e 8-bis al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

Le persone che ne sono affette hanno dunque diritto all'esenzione per le prestazioni sanitarie correlate, indicate dagli stessi allegati.

La ragione per cui la malattia è stata inserita tra le malattie croniche ed invalidanti, e non tra le malattie rare, risiede nel fatto che si tratta di una malattia abbastanza frequente, come risulta dalle stime di prevalenza note alla comunità medico-scientifica.

Tale aspetto è stato ribadito, sia da una relazione che l'Istituto superiore di Sanità ha disposto nel 2009, in seguito ad un'accurata consultazione della letteratura scientifica, sia dal parere che il Consiglio superiore di Sanità ha fornito nella seduta del 13 dicembre 2016.

In tale parere, il Consiglio superiore di Sanità ha precisato che la sindrome di Sjogren non è una malattia rara neppure nella sua forma primaria.

Il Ministro della salute

GRILLO

(6 febbraio 2019)
