

SENATO DELLA REPUBBLICA

XV LEGISLATURA

n. 46

RISPOSTE SCRITTE AD INTERROGAZIONI

(Pervenute dal 27 settembre al 3 ottobre 2007)

INDICE

ALLOCCA ed altri: su lavori sulla strada Grosseto-Fano (4-02670) (risp. DI PIETRO, <i>ministro delle infrastrutture</i>)	Pag. 1721	RUSSO SPENA ed altri: sul passaggio di livello di alcuni lavoratori presso le Officine FS a Torre del Greco (4-00213) (risp. DAMIANO, <i>ministro del lavoro e della previdenza sociale</i>)	Pag. 1733
CAPRILI: su un episodio di malasanità in Versilia (4-02150) (risp. GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	1722	SCHIFANI: sulla predisposizione di un piano di intervento per la guerra in Sudan (4-00012) (risp. VERNETTI, <i>sottosegretario di Stato per gli affari esteri</i>)	1735
DE POLI: sulle cure per bambini autistici (4-02097) (risp. GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	1723	STORACE: sulla società Cotral S.p.A. (4-01042) (risp. DAMIANO, <i>ministro del lavoro e della previdenza sociale</i>)	1738
GRAMAZIO, ALLEGRINI: su un episodio di malasanità in provincia di Viterbo (4-02143) (risp. GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	1728	sull'assistenza a persone diversamente abili (4-02417) (risp. ZUCHELLI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	1740
MONGIELLO: sul ripristino di un tratto di strada (4-02671) (risp. DI PIETRO, <i>ministro delle infrastrutture</i>)	1730	TOMASSINI: sulle malattie infettive (4-01931) (risp. GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	1742
POLLEDRI: su alcuni farmaci (4-01754) (risp. GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	1732	VALPIANA ed altri: sui trapianti di organi (4-02380) (risp. GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>)	1746

ALLOCCA, CAPRILI, PALERMO, VANO. – *Al Ministro delle infrastrutture.* – Premesso che:

i lavori del secondo lotto dell'arteria Grosseto-Fano (detta «Due Mari») sono quasi ultimati;

tale infrastruttura riveste una grossa rilevanza per l'economia dell'intero territorio e particolarmente per i suoi due terminali;

l'arteria vede nel periodo estivo le punte di massime di percorrenza a seguito dei consistenti flussi turistici che si spostano dall'entroterra verso le aree costiere;

in attesa della consegna dei lavori il traffico è deviato su di una complanare tortuosa e di ridotte dimensioni, tale da costituire un rischio significativo per gli utenti;

l'impresa Secol, appaltatrice dei lavori, ha preannunciato la messa in cassa integrazione di 27 lavoratori, con la conseguente chiusura dei cantieri, a causa di un supposto ritardo dell'ANAS nella consegna dei *guard rail* necessari a completare il sovrappasso di Campagnatico,

si chiede di sapere:

se la circostanza corrisponda a verità;

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza delle eventuali motivazioni di tale ritardo;

quali provvedimenti si intendano mettere in atto al fine di impedire che eventi ingiustificati rinviino la regolare consegna dei lavori, mettendo a rischio la sicurezza della viabilità e la naturale continuità nella realizzazione dei lotti assegnati.

(4-02670)

(19 settembre 2007)

RISPOSTA. – I lavori per la realizzazione del 2° lotto del tratto Grosseto-Siena sulla E78, aggiudicati all'impresa Secol, risultano realizzati al 90 per cento con ultimazione prevista entro ottobre 2007; ad essi seguiranno le opere complementari di cui alcune già appaltate ed altre in corso di esecuzione. L'ANAS prevede quindi di aprire al traffico l'intero lotto entro il corrente anno.

In merito alla deviazione su una complanare, la società stradale rappresenta che la stessa si era resa necessaria per consentire i lavori su un tratto dell'asse stradale principale.

Si è così deviato il traffico locale su un'arteria collaterale la quale, tra l'altro, presenta anch'essa un cantiere in corso; per tale motivo la velocità è stata limitata a 40 km/h.

Circa il presunto ritardo nella consegna di lavori per barriere di sicurezza, l'ANAS rammenta che le procedure di appalto scontano i tempi previsti e necessari in base alle norme vigenti.

Attualmente è in corso l'installazione delle barriere di sicurezza; sarà così possibile deviare il traffico su un'altra complanare, permettendo l'esecuzione di alcune lavorazioni sull'asse principale.

Per quanto riguarda i lavori relativi al 3° lotto del tratto Grosseto-Siena, il relativo progetto esecutivo ad appalto integrato è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione ANAS in data 29 marzo 2007 ed è stata autorizzata la consegna dei lavori, nelle more dell'acquisizione dei nulla-osta in materia idraulica da parte della Provincia di Grosseto e dell'Autorità di Bacino.

Il Ministro delle infrastrutture

DI PIETRO

(27 settembre 2007)

CAPRILI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che un giovane di 17 anni che aveva riportato un grave trauma alle vertebre cervicali in seguito ad un investimento in una strada di Viareggio, portato all'Ospedale S. Chiara di Pisa la sera del lunedì 11 giugno 2007, è stato operato alle ore 20,30 del giorno successivo, e cioè martedì 12 giugno,

l'interrogante chiede di sapere:

da chi e da che cosa sia dipeso questo colpevole ritardo;

se il Ministro in indirizzo non ritenga, per le proprie competenze, di assumere informazioni e contribuire a rendere operativa una convenzione firmata nell'ottobre 2006 tra l'Azienda ospedaliera universitaria pisana e l'Azienda sanitaria locale n. 12 di Viareggio, nella quale veniva stabilito che «la presente convenzione regola l'attività di chirurgia del sistema nervoso periferico, spinale e di neurotraumatologia in urgenza svolta dall'Azienda ospedaliera universitaria pisana in regime di ricovero ordinario, *day-hospital* o *day-surgery* presso l'Ospedale Versilia». L'interrogante fa presente che questo servizio, attualmente non svolto, sarebbe di grande utilità in una zona come Viareggio e la Versilia che subisce un notevolissimo aumento di popolazione, di traffico, e conseguentemente – purtroppo – di incidenti, durante la stagione estiva; inoltre, un servizio come quello descritto nella convenzione permetterebbe sicuramente di risolvere positivamente molti dei traumi derivati da incidenti che interessano soprattutto giovani.

(4-02150)

(13 giugno 2007)

RISPOSTA. – Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame sulla base degli elementi acquisiti dall'Azienda USL n. 12 di Viareggio.

In data 29 settembre 2006 l'Azienda ha sottoscritto con l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana una convenzione per lo svolgimento presso l'Ospedale Versilia delle attività di chirurgia spinale, del sistema nervoso periferico e di neurotraumatologia in urgenza.

Per lo svolgimento di tali attività sanitarie, per le quali era stato designato un responsabile, era stata prevista la presenza di due neurochirurghi.

Dopo qualche mese il responsabile ha manifestato l'impossibilità di continuare ad assicurare una «collaborazione sicura nel sostegno della neurochirurgia d'urgenza»; conseguentemente, l'Azienda ha aderito alla proposta dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana di sospendere le attività presso l'Ospedale Versilia, adottando, peraltro, idonea procedura per assicurare gli interventi in urgenza.

In data 12 giugno 2007, l'Azienda pisana ha affidato ad altro professionista un incarico di alta consulenza per garantire il supporto organizzativo e professionale alle attività sanitarie definite dalla convenzione, riattivandone, di fatto, l'operatività fino alla prevista scadenza.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

GAGLIONE

(1° ottobre 2007)

DE POLI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

i bambini autistici non comunicano, vivono in un universo tutto loro. Una sorta di isolamento dove pochi riescono ad entrare. Di questa condizione si parla troppo poco, eppure oggi esistono terapie che possono aiutare questi bambini e le famiglie che vivono questo dramma. Esiste infatti una terapia comportamentale che permette di raggiungere traguardi che sembravano inarrivabili. La tecnica si chiama ABA (Applied Behaviour Analysis) e in molti casi ha dato risultati confortanti ed ha dimostrato la sua validità scientifica, soprattutto se si inizia con bambini piccoli, tra i tre e i sei anni. Il Sinpia, l'organizzazione dei neuropsichiatri infantili, ha inserito la metodica riabilitativa Aba tra le linee guida per l'approccio all'autismo;

il problema è che questa tecnica ha dei costi molto alti che le famiglie non sono in grado di sostenere. Sarebbe dunque auspicabile per poter dare un futuro a questi bambini un'apertura verso questo metodo anche nelle strutture pubbliche, cosa che già avviene in alcune realtà,

si chiede di sapere quali provvedimenti il Ministro in indirizzo intenda adottare per supportare le famiglie e i bambini affetti da autismo affinché possano usufruire delle migliori terapie in questo campo anche nelle strutture pubbliche.

(4-02097)

(5 giugno 2007)

RISPOSTA. – Con il termine «autismo infantile», coniato da Kanner nel 1943, si fa comunemente riferimento a un insieme eterogeneo di condizioni patologiche infantili.

Nelle moderne classificazioni, si parla di disturbo pervasivo dello sviluppo, nell'ambito del quale sono compresi l'autismo di Kanner, la sindrome di Rett, la sindrome di Asperger, la sindrome di Haller e il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato; questo insieme di condizioni patologiche è spesso designato come «disturbi dello spettro autistico».

L'Istituto superiore di sanità (ISS) ha segnalato che alcuni studi sulla popolazione, condotti in vari Paesi, hanno fornito stime di prevalenza assai variabili, in relazione alle differenze metodologiche e alle modificazioni dei criteri diagnostici, divenuti progressivamente nel tempo più inclusivi, con il risultato di un aumento nelle ultime decadi, probabilmente solo apparente, della prevalenza di questi disturbi.

Gli studi più recenti, caratterizzati da metodi migliori di identificazione dei casi e da diagnosi più affidabili, hanno fornito stime tra 57,9 e 67,5/10.000 pazienti, per tali condizioni considerate complessivamente (Yeargin-Allsopp 2002, Tidmarsh & Volkmar 2003).

Si può stimare che nella popolazione generale circa 1 bambino su 100 presenti un disturbo dello spettro autistico, con una maggiore frequenza nel sesso maschile; peraltro, in Italia non è disponibile ancora una stima epidemiologica dell'autismo e dei disturbi dello spettro autistico nella popolazione generale.

Nella letteratura scientifica internazionale la questione su come documentare le evidenze disponibili sui trattamenti terapeutici nei soggetti autistici è ampiamente dibattuta.

Un gruppo di lavoro supportato dal «National institute of mental health» ha proposto una Linea-Guida (Smith T 2007) che si articola in quattro fasi:

- la prima riguarda l'elaborazione di un programma di intervento ed ha la finalità di definire l'intervento ed il significato clinico degli esiti attesi. Questa fase è caratterizzata dalla conduzione di studi definiti «Single case experimental design» e «Between group design»;

- la seconda fase riguarda la definizione di un protocollo di studio che ne verifichi la fattibilità, l'accettabilità degli operatori e della famiglia, ed il calcolo di potenza sulla base degli esiti attesi, clinicamente rilevanti;

- la terza fase è caratterizzata dalla conduzione di un ampio e multicentrico «Randomized clinical trial» (RCT), per valutare l'efficacia del trattamento psicosociale;

- nella quarta ed ultima fase dovrebbero essere condotti studi di «effectiveness» nel «setting» della pratica clinica corrente, al fine di considerare l'effettiva trasferibilità dei risultati ottenuti con gli RCT.

Peraltro, nella stessa letteratura viene evidenziata la necessità di eseguire studi sperimentali di migliore qualità, per consentire la diffusione in questo ambito di una pratica medica basata su prove di efficacia.

Appare, pertanto, necessario che venga acquisito quanto emerge dal dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia, ad esempio, l'integrazione tra la ricerca dell'«outcome» e quella sul processo (la cosiddetta «process-outcome research»), che si propone di studiare la relazione tra ciò che accade in terapia e il risultato della terapia stessa (questo approccio intende individuare il tipo di rapporto che intercorre tra ciò che è stato osservato in una seduta o in una fase del trattamento e l'esito della terapia o anche della singola seduta valutata).

Con riferimento a quanto richiesto nell'atto parlamentare, si precisa che con il termine di analisi del comportamento applicata (Applied behavior analysis, ABA) si intende un insieme di interventi di tipo comportamentale mirati ad insegnare specifiche competenze e a migliorare la socializzazione, la comunicazione e i comportamenti adattativi.

Tale terapia ha avuto origine negli anni '60 ed ha ricevuto un notevole impulso da Lovaas, che ha elaborato un protocollo di trattamento altamente strutturato, definito come «Discrete trial training»: tale trattamento prevede una serie di sedute fino a un massimo di 40 ore settimanali (Lovaas 01 1981).

Negli anni più recenti si è utilizzato l'ABA in ambienti frequentati dai bambini, quali la famiglia e la scuola; infatti sono stati sviluppati interventi neocomportamentali, quali il «Waden Early Childhood Programs at the Emory University School of Medicine», che utilizza l'insegnamento incidentale in classi integrate (bambini con autismo e bambini normali) e il «Learning Experiences, an Alternative Program for Preschoolers (LEAP) at the University of Colorado, School of Education», che si concentra nell'insegnamento da fornire ai compagni di classe dei pazienti autistici (Nazionale Research Council 2001).

Per intervento intensivo ABA si intende un trattamento di durata da 20 a 40 ore settimanali; alcuni studi indicano risultati migliori per programmi di almeno 30 ore (Birnbauer & Leach, 2006; Luiselli et al., 2000; Sheinkopf e Siegel, 1998; Birnbauer & Leach, 1993; Lovaas 1987).

La decisione sul numero di ore di terapia da svolgere va presa considerando le condizioni specifiche del bambino singolo e, soprattutto, valutando anche l'efficacia terapeutica di eventuali altri trattamenti, in quanto l'intervento ABA non esclude che il bambino possa fare anche altri tipi di terapia (es. logopedia).

Per intervento precoce si intende un intervento che comincia prima dei cinque anni d'età; alcuni studi indicano risultati migliori per bambini che cominciano entro i tre anni di vita (Sheinkopf e Siegel, 1998; Birnbauer e Leach, 1993; McEachin et al., 1993; Lovaas, 1989).

Il «Princeton Child Development Center» sostiene che mentre solo il 10 per cento dei bambini che entrano nel Centro, dopo aver compiuto cinque anni, riesce successivamente a frequentare una sezione normale a scuola (negli Stati Uniti i bambini che non riescono a partecipare in modo significativo alla lezione vengono messi in sezioni o scuole specifiche con personale specializzato), il 50 per cento di quelli che entrano prima di cinque anni riescono a frequentare una sezione normale.

Alcuni ricercatori hanno rilevato che meno della metà dei bambini che cominciano l'intervento ABA entro i tre anni di vita fanno progressi tali da non poter esser più diagnosticati come autistici (McEachin et al., 1993).

Oltre venti anni di ricerche documentano l'efficacia del metodo ABA; i fattori che statisticamente indicherebbero la migliore riuscita («best outcome») dell'intervento sono:

- 1) l'età del bambino all'inizio dell'intervento (entro i tre anni);
- 2) un'intelligenza normale (cosa che difficilmente si può stabilire all'inizio dell'intervento);
- 3) un intervento di qualità di 30 ore settimanali o più;
- 4) dei buoni progressi iniziali.

Peraltro, va precisato che la qualifica di consulente ABA, che deriva dall'aver conseguito la laurea in ABA, è in possesso di poche persone negli Stati Uniti e ancor meno in Europa.

Lo *standard* professionale mondiale è quello americano (certificazione rilasciata dal Behavior Analyst Certification Board); per poter dare l'esame di idoneità ai fini del conseguimento di tale certificazione, i requisiti richiesti sono un percorso accademico *post-lauream* molto specifico e un periodo di lavoro supervisionato di durata da 6 a 18 mesi, a seconda del tipo di supervisione e di certificazione.

Una volta ottenuta, la certificazione deve essere mantenuta dimostrando, ogni tre anni, i crediti della formazione permanente.

Vi sono due tipi di certificazioni: Board Certified Behavior Analyst, BCBA (altissimo livello di studi e di esperienze) e Board Certified Associate Behavior Analyst, BCBAB.

È quasi impossibile essere qualificato BCBA in Europa, quindi per l'operatore europeo la differenza è poco rilevante in quanto entrambe le certificazioni sono assai serie.

Esiste un terzo tipo di qualifica professionale, rilasciata con rigorosissimi criteri all'interno di gruppi come Lovaas o CARD, in quanto anch'essi includono un percorso teorico e una formazione pratica supervisionata.

In Italia è molto difficile, se non impossibile, trovare un consulente che corrisponda ai criteri professionali citati; tuttavia, poiché la normativa italiana prevede che le modificazioni comportamentali rientrano nelle mansioni dello psicologo, in Italia uno psicologo può dichiararsi anche consulente ABA.

Attualmente, la qualifica di psicoterapeuta, rilasciata da una scuola di specializzazione quadriennale ad indirizzo cognitivo-comportamentale, è quella che più si avvicina allo *standard* professionale di consulente ABA.

L'Istituto superiore di sanità ha precisato che un operatore formato in tecniche di tipo cognitivo-comportamentale può apprendere rapidamente questo tipo di intervento e applicarlo nella propria attività.

Peraltro, lo stesso Istituto sottolinea che, sebbene vi siano evidenze da studi controllati, di qualità discreta o buona, a sostegno dell'efficacia

dell'approccio ABA, soprattutto se utilizzato in fase precoce ed applicato intensivamente, sulla base dei dati di letteratura scientifica disponibili non vi sono evidenze tali da definire la terapia ABA come il migliore trattamento possibile dell'autismo; inoltre la stessa Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA) la inserisce nelle proprie Linee guida al pari dei trattamenti definiti come Approcci Evolutivi (o Interattivi), che si collocano in una cornice concettuale diversa, definita dalla dimensione emozionale e relazionale in cui si realizza l'agire del bambino.

Nella prassi dei Servizi di neuropsichiatria infantile (NPI) vengono comunemente utilizzati approcci misti, ispirati sia alla terapia comportamentale (ABA e sue evoluzioni) sia agli approcci evolutivi, come si può rilevare chiaramente dai suggerimenti operativi che la stessa SINPIA fornisce agli operatori del settore.

L'attuale scenario italiano evidenzia la necessità di affrontare il fenomeno dell'autismo in termini di sanità pubblica, secondo due possibili direttrici ben definite e complementari:

a) la valutazione di come i servizi di NPI siano organizzati nelle diverse realtà regionali per la gestione di un bambino autistico, quali criteri diagnostici vengano comunemente adottati, quali professionalità sanitarie (neuropsichiatri infantili, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, psicologi, educatori) siano disponibili e con quali modalità ed, infine, quali trattamenti vengano comunemente proposti.

L'insieme di tali informazioni potrebbe essere sviluppato per definire una serie di percorsi assistenziali che vanno al di là della fase dell'infanzia, individuando gli elementi utili per implementare una possibile gestione integrata del soggetto autistico (dall'infanzia all'età adulta), coinvolgendo con modalità di coordinamento le strutture socio-sanitarie presenti sul territorio;

b) lo sviluppo di un'attività di «outcome research» nei servizi di NPI, per eseguire tramite una rigorosa metodologia scientifica la valutazione degli esiti ai trattamenti comunemente proposti nella realtà assistenziale italiana ai bambini autistici.

Solo un approccio basato sulle evidenze disponibili potrà consentire di affrontare in maniera razionale la delicata questione dei costi economici, allo scopo di adottare scelte responsabili nell'ambito della sanità pubblica.

Queste due direttrici di intervento sono state oggetto d'esame nel corso della prima riunione (giugno 2007) del Gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della salute per la definizione di un programma nazionale sull'autismo: al «Tavolo sull'Autismo» partecipano rappresentanti istituzionali delle Regioni, delle Associazioni delle famiglie, del mondo scientifico e professionale.

L'obiettivo è quello di ottimizzare, in accordo con le Regioni, le risorse disponibili per attuare in tutto il territorio nazionale interventi effi-

cienti ed efficaci, di potenziare la ricerca scientifica, la valutazione della qualità degli interventi e l'accreditamento di idonei modelli operativi.

Per quanto riguarda la tutela sanitaria attualmente prevista dal Servizio sanitario nazionale nei casi di autismo, si sottolinea che il decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 «Regolamento di individuazione delle malattie croniche ed invalidanti», già ricomprende tale patologia; i soggetti che ne sono affetti sono riconosciuti esenti dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni individuate nel medesimo decreto.

Le prestazioni, previste in esenzione dal suddetto decreto e dalle successive modifiche, e che tengono conto del «follow up» degli aspetti clinici e psicoterapeutici, sono state individuate recependo le indicazioni provenienti dalle società scientifiche, dalle associazioni di malati, dal mondo medico e, soprattutto, dalle linee guida internazionali, consentono così di offrire al medico la possibilità di effettuare, senza spese a carico del paziente, un corretto monitoraggio della malattia.

Si precisa inoltre che la maggior parte dei farmaci utilizzati (neurolettici, inibitori della Re-uptake della serotonina) sono attualmente in fascia A e, quindi, a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

GAGLIONE

(1° ottobre 2007)

GRAMAZIO, ALLEGRINI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il 12 aprile 2007 è deceduto un ricoverato all'interno della struttura dell'Ospedale di Sant'Anna di Ronciglione (ASL di Viterbo);

il 2 giugno è deceduto un altro paziente ricoverato nella stessa struttura e il 6 giugno ne è deceduto un altro, tutti ricoverati nel reparto di ematologia, diretto dal dr. Montanaro che appartiene alla scuola ematologia del prof. Mandelli;

la struttura del reparto di ematologia del Sant'Anna è stata chiusa dal dr. Montanaro e il giorno successivo la Magistratura di Viterbo ha inviato il nucleo NAS dell'Arma dei Carabinieri che ha effettuato il sequestro della struttura;

gli interroganti ed il Consigliere regionale Tommaso Luzzi, componente della Commissione Sanità del Consiglio regionale del Lazio, hanno visitato la struttura dell'ospedale lunedì 11 giugno e non vi hanno trovato alcun dirigente sanitario presente e quindi non hanno potuto prendere visione del decreto di sequestro effettuato dalla Procura della Repubblica di Viterbo;

solo dopo un attento giro nell'ospedale stesso e un lungo colloquio con gli operatori della struttura è arrivata una telefonata del Direttore sanitario da Viterbo che ha annunciato di non essere a conoscenza della visita della delegazione di Alleanza Nazionale;

al contrario, la visita era stata annunciata in diversi «lanci» da tutte le agenzie di stampa,

gli interroganti chiedono di conoscere dal Ministro in indirizzo la reale situazione dell'Ospedale Sant'Anna di Ronciglione (Viterbo) e tutte le iniziative, intraprese a livello di Ministero e di Assessorato alla sanità della Regione Lazio, per riportare immediatamente in funzione il reparto di ematologia dell'ospedale stesso.

(4-02143)

(12 giugno 2007)

RISPOSTA. – In base a quanto comunicato dalla Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Viterbo, il Direttore sanitario dell'Azienda ASL di Viterbo ha disposto in data 8 giugno 2007 la chiusura precauzionale temporanea del Reparto di ematologia del presidio ospedaliero «S. Anna» di Ronciglione; infatti, il tasso di infezioni ospedaliere causate dal batterio «*Pseudomonas aeruginosa*» aveva superato, nei precedenti 40 giorni, i livelli considerati fisiologici per i reparti ospedalieri di tipo onco-ematologico, con tre decessi verificatisi nei giorni 13 aprile, 3 e 7 giugno 2007.

Lo stesso Direttore sanitario ha informato la Compagnia carabinieri di Ronciglione (Viterbo), che a sua volta ha avvertito l'autorità giudiziaria ed il Nucleo carabinieri per la tutela della salute di Viterbo.

Il 9 giugno 2007, la competente Procura della Repubblica ha disposto il sequestro della sezione di degenza della U.O.C. di Ematologia della struttura ospedaliera e l'esibizione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria dei pazienti defunti.

Le indagini per accertare le cause dell'accaduto sono state effettuate da esperti di igiene infettivologica, nominati dalla ASL Viterbo, da consulenti tecnici d'ufficio incaricati dalla suddetta Procura e dagli epidemiologi dell'IRCCS «Lazzaro Spallanzani» di Roma, per conto dell'Assessorato alla sanità della Regione Lazio.

Al termine delle indagini, la Procura della Repubblica di Viterbo il 29 giugno 2007 ha ordinato il dissequestro della U.O.C. di Ematologia, mettendola a disposizione per le opportune bonifiche e sanificazioni di tutti gli ambienti.

Dopo il dissequestro, una *task force* aziendale, della quale hanno fatto parte il Direttore sanitario, il *Risk manager*, il Direttore del presidio ospedaliero, il Dirigente del dipartimento di prevenzione ed altri Dirigenti delle aree tecnologiche, ha effettuato le procedure prescritte, ai fini della riapertura degli ambienti di degenza.

Il Prefetto di Viterbo, con nota del 5 luglio 2007, ha comunicato a questo Ministero la riapertura del Reparto di ematologia.

L'ASL Viterbo ha precisato che tutti gli altri reparti del presidio ospedaliero «S. Anna» risultano perfettamente agibili e che i pazienti e gli operatori sanitari sono in condizioni di sicurezza.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

GAGLIONE

(1° ottobre 2007)

MONGIELLO. – *Ai Ministri dei trasporti e delle infrastrutture.* – Premesso che:

la Strada statale 90 «delle Puglie» è attualmente chiusa al traffico in corrispondenza del km 43+000, a causa di un importante movimento franoso che risale al mese di aprile 2006;

la particolare ubicazione della frana, posta in prossimità del confine regionale Campania-Puglia in territorio ricadente nella provincia di Avellino, unitamente alla chiusura di questa statale che costituisce l'unico collegamento viario ANAS lungo l'itinerario Foggia-Napoli, comporta gravi disagi al traffico veicolare con deviazioni su percorsi alternativi, costituiti da strade comunali e provinciali orograficamente complesse, abitualmente attraversate e dimensionate per volumi di traffico locale tipici dei piccoli centri abitati di montagna;

considerato che hanno ormai frequenza quotidiana le segnalazioni di pericolo, disagi e negative ripercussioni economiche da parte delle popolazioni dei comuni di Panni, Orsara di Puglia, Bovino, Monteleone di Puglia, Anzano di Puglia, Accadia e Deliceto in provincia di Foggia, e di Montaguto, Savignano, Greci e Ariano Irpino in provincia di Avellino,

si chiede di conoscere:

quali iniziative provvisorie siano state intraprese per ripristinare condizioni di sicurezza del collegamento viario interregionale senza continuare a gravare sulle viabilità locali, per le quali si ipotizza per la prossima stagione invernale una pericolosa implementazione dei problemi di transitabilità (neve e ghiaccio) e sicurezza della circolazione (buche, smottamenti, eccetera), peraltro già diffusamente verificatisi nella passata stagione;

quali interventi di manutenzione straordinaria siano stati programmati sulle viabilità comunali e provinciali utilizzate a tutt'oggi per la deviazione del traffico, per ripristinarne l'efficienza;

quali siano le prospettive, in termini di progettazione e finanziamento dei lavori necessari al tratto di Strada statale 90 interessato dalla frana, al fine di risolvere definitivamente il problema.

(4-02671)

(19 settembre 2007)

RISPOSTA. – In riferimento all'interrogazione parlamentare cui si risponde per delega della Presidenza del Consiglio dei ministri del 18 settembre 2007, si forniscono i seguenti elementi di risposta.

Il fenomeno franoso verificatosi in località Montaguto (Avellino) lungo la strada statale n. 90 «Delle Puglie» coinvolge una striscia di terreno di larghezza media di metri lineari 100 per un fronte di circa 4 chilometri. Il fenomeno si è accentuato nel corso del tempo anche in conseguenza delle avverse condizioni meteorologiche avvicinandosi sempre di più alla strada.

L'ANAS fa conoscere di essersi attivata immediatamente per asportare il materiale franoso liberando la sede stradale.

Considerato il perdurare del fenomeno franoso e le sue dimensioni, nell'aprile 2006 si decideva, congiuntamente agli enti locali, la Prefettura di Avellino ed il Dipartimento della Protezione civile, di vietare il transito sulla statale in questione tra i chilometri 42+700 e 43+100 a causa dell'elevato rischio per la circolazione stradale.

Nel maggio dello stesso anno, veniva quindi dichiarato lo stato di emergenza e nominato un Commissario delegato per gli interventi urgenti nella persona del Presidente della Regione Campania che ha disposto l'apertura di una variante provvisoria di breve termine la quale ha così consentito la ripresa della circolazione stradale.

Nel frattempo, l'ANAS ha redatto il progetto preliminare dei lavori di costruzione della variante alla statale n. 90 tra i chilometri 42+200 e 43+750 che, in data 15 marzo 2007, è stato inviato all'Ufficio prevenzione e rischi naturali della Protezione civile ed al Commissario del Governo per l'emergenza idrogeologica della regione Campania.

Detto progetto prevede la realizzazione di una galleria volta a garantire la continuità alla statale n. 90 sottopassando il fronte della frana.

Il 3 aprile 2007, il Commissario delegato ha tuttavia comunicato la possibilità di consentire nuovamente la ripresa della circolazione stradale in condizioni di sicurezza lungo la statale n. 90 previo arretramento del fronte di frana mediante l'asportazione di circa 100.000 metri cubi di materiale franoso. Tali lavori di rimozione del materiale franoso hanno già avuto inizio ma, a causa di sopravvenute necessità di ulteriori accertamenti tecnici, lo scorso 8 maggio sono stati sospesi.

A seguito dei lavori di movimento di materiale effettuati direttamente dalla struttura commissariale, dal 29 giugno è stata pertanto ripristinata la viabilità tra il chilometro 42+800 e il chilometro 43+300 consentendo il transito a senso unico alternato regolato da un impianto semaforico. Dalla ripresa della circolazione la gestione della bretella-variante è stata affidata all'ANAS.

Attualmente, la società stradale comunica di avere in corso di elaborazione un intervento di risanamento e ripristino in sicurezza della viabilità.

Il Ministro delle infrastrutture

DI PIETRO

(27 settembre 2007)

POLLEDRI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

dal mondo medico e in generale dai rappresentanti delle associazioni di farmacisti, giungono richieste di chiarimenti in merito alla modifica del regime prescrittivo dei farmaci Toradol e Lixidol;

in particolare, in data 8 marzo 2007 (sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 8) è stata pubblicata la determinazione dell’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) del 23 febbraio 2007, concernente la modifica del regime di fornitura dei medicinali citati;

secondo tale determinazione è stata autorizzata la modifica del regime di fornitura da RNR (ricetta non reperibile) medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta (art. 89 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 – «Attuazione della direttiva 2001/83/CE, e successive direttive di modifica, relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE»), a RNRL (ricetta limitativa non ripetibile) medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93 del medesimo decreto);

l’effetto di tale determinazione consiste che dal marzo 2007 tali farmaci, in tutte le loro confezioni, sono dispensabili solo dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta su prescrizione di centri ospedalieri o specialisti;

considerato che:

risulta necessario chiarire se per «specialista» si intende un medico in possesso di qualunque specializzazione. Infatti, circa la prescrivibilità in regime di SSN da parte del medico di base di tali farmaci, potrebbero configurarsi le seguenti ipotesi: se il medico di base è in possesso di specializzazione, può prescriberli direttamente; se non è in possesso di alcuna specializzazione potrebbe sorgere la necessità di acquisire dall’assistito la diagnosi dello specialista o del centro ospedaliero (peraltro con dubbi se tale procedura sia corretta e conforme anche al dettato di cui all’art. 93, comma 1, del decreto legislativo 219/2006);

stanti queste possibili alternative il farmacista non è in grado di verificare e/o rilevare la corretta prescrizione,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno che l’AIFA (che è organismo di diritto pubblico che opera sulla base degli indirizzi e della vigilanza del Ministero) fornisca dei chiarimenti circa le modalità prescrit-

tive e sull'entrata in vigore di tali provvedimenti non compatibili con la consueta efficienza e correttezza del servizio erogato dalle farmacie;

se non sia opportuno introdurre una «moratoria» rispetto alla decorrenza del provvedimento per evitare disfunzioni nei servizi erogati al cittadino.

(4-01754)

(17 aprile 2007)

RISPOSTA. – Successivamente alla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della determinazione del 23 febbraio 2007, relativa alla modifica del regime di fornitura dei medicinali contenenti ketorolac nelle formulazioni ad uso sistemico, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha emanato, in data 15 marzo 2007, un comunicato di formale rettifica, concernente il differimento dell'entrata in vigore del provvedimento stesso (15 aprile 2007).

Il comunicato è stato diffuso sul sito dell'AIFA ed è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 72 del 27 marzo 2007.

In data 3 aprile 2007, la Commissione tecnica scientifica (CTS) dell'AIFA ha stabilito di annullare la suddetta determinazione, mantenendo anche per i medici di medicina generale la prescrivibilità dei medicinali contenenti ketorolac, con ricetta da rinnovare di volta in volta; è stato, inoltre, deciso di sottoporre tali medicinali ad un monitoraggio intensivo delle reazioni avverse.

Tale parere è stato formalizzato con la determinazione del 13 aprile 2007, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 19 aprile 2007.

Infine, la citata Agenzia ha predisposto una Nota informativa importante sul ketorolac, che, oltre ad essere stata diffusa tramite il sito istituzionale, è stata portata a conoscenza dei professionisti sanitari, quale raccomandazione sulla necessaria osservanza delle indicazioni terapeutiche autorizzate.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

GAGLIONE

(1° ottobre 2007)

RUSSO SPENA, SODANO, TECCE, VANO. – *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* – Premesso che:

presso le Officine FS di S. Maria La Bruna, Torre del Greco, Napoli, circa due mesi fa sono state inoltrate domande per «manifestazioni di interessi» da dodici lavoratori (passaggio di livello, dal quinto al sesto);

per l'ammissione alla selezione si è ricorso, anche, al giudizio del capireparto;

sembra evidente che la circostanza appena descritta ha comportato una situazione di pesante intimidazione psicologica per i lavoratori, molti

dei quali hanno rischiato di non superare la selezione anche a seguito dello stato dei rapporti con i rispettivi capireparto;

il contratto collettivo nazionale di lavoro prevede che bastino due anni per avere lo scatto di anzianità;

Ferrovie dello Stato S.p.a. ha fatto attendere per molto tempo quelli che avevano partecipato alle prove di selezione in un atrio delle Officine FS di S. Maria La Bruna per la consegna dei risultati e il responso è stato comunicato attraverso una lettera, alla presenza di uno psicologo,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo ritenga che la prassi adottata per la selezione dei lavoratori per il passaggio di livello presso le Officine FS di S. Maria La Bruna sia irrituale e in contrasto con i diritti dei lavoratori;

se non sia del parere che l'atteggiamento di FS S.p.a. in tema di contratti collettivi di lavoro violi le norme vigenti;

quali provvedimenti intenda adottare per richiamare FS S.p.a. ad un atteggiamento rispettoso degli istituti contrattuali.

(4-00213)

(4 luglio 2007)

RISPOSTA. – Con riferimento alle problematiche sollevate nell'interrogazione, si rappresenta che dagli accertamenti esperiti dalla Direzione provinciale del lavoro di Napoli e dalle notizie fornite dalla società Trenitalia S.p.A. è emerso quanto segue.

Preliminarmente è opportuno precisare che attualmente la disciplina dei passaggi dei lavoratori FS ai livelli professionali superiori è disciplinato dall'articolo 13, punto 18, dell'Accordo di confluenza al CCNL delle attività ferroviarie del 16 aprile 2003, che non prevede la possibilità di avanzamenti automatici di livello in base al requisito dell'anzianità.

L'articolo 13, al punto 18.1, comma II, infatti, statuisce che «Per far fronte a specifiche esigenze, le società del Gruppo FS adotteranno per i passaggi dei lavoratori ai livelli professionali superiori le modalità indicate ai successivi punti» ossia che «in caso di specifiche esigenze verranno attivate, attraverso trasparenti procedure di pubblicità, richieste di "manifestazioni di interesse"» (articolo 13, punto 18.1) e, inoltre che ai fini della preselezione si terrà conto dei seguenti requisiti: professionalità acquisita, incarichi/posizioni ricoperti; possesso di specifiche competenze/attitudini; età anagrafica e anzianità aziendale (articolo 13, punto 18.2). Infine il punto 18.3 prevede la possibilità che la selezione, che ha lo scopo di ricercare la congruenza tra lavoratore candidato e figura/profilo professionale da ricoprire, si realizzi attraverso colloquio individuale.

In particolare per quanto concerne la procedura di passaggio di livello attivata dall'azienda per il personale delle Officine di Santa Maria La Bruna si rappresenta, in base alle informazioni ricevute dalla direzione provinciale competente, che la società Trenitalia S.p.A., attraverso la pubblicazione della Comunicazione di stabilimento n. 123 del 31 dicembre 2005 al fine di assegnare 12 posizioni di Tecnico della manutenzione –

Livello E -, ha effettivamente richiesto al personale di detto stabilimento di inoltrare apposita domanda di «manifestazione di interesse».

Detto avviso recava la descrizione delle tipologie di posizioni da ricoprire ed è stato rivolto ai lavoratori dell'unità produttiva di cui sopra, inquadrati da almeno 2 anni nel livello professionale inferiore così come previsto dall'articolo 13, comma 18, punto 1, del citato Accordo di confluenza.

A fronte di tale richiesta di manifestazione di interesse sono pervenute all'azienda 130 domande di partecipazione alla fase di selezione.

Le candidature valide e pervenute nei termini stabiliti sono state oggetto di preselezione attraverso la valutazione dei requisiti individuati dall'articolo 13, comma 18, punto 2, dell'Accordo di confluenza; in particolare è stata valutata la professionalità acquisita, gli incarichi e/o le posizioni ricoperti dagli interessati, il possesso di specifiche competenze e/o attitudini, l'età anagrafica e l'anzianità di servizio.

Per quanto concerne la valutazione della professionalità e delle competenze tecniche la stessa è stata effettuata d'intesa tra la linea operativa dell'impianto e la funzione del personale.

Completata la fase di preselezione, i candidati, in rapporto di uno a quattro rispetto al numero delle posizioni totali da ricoprire, sono stati ammessi al colloquio individuale secondo quanto previsto dal punto 3 del comma 18 della predetta norma contrattuale.

In ordine allo svolgimento dell'attività di selezione l'azienda ha precisato che i candidati sono sempre stati informati con comunicazione scritta e personalizzata sull'avanzamento della selezione ed a tutti coloro che sono stati ammessi a sostenere il colloquio individuale il responsabile delle risorse umane, o un suo collaboratore all'uopo incaricato, ha comunicato direttamente l'esito finale in relazione al quale sono state effettuate le promozioni ed i relativi passaggi di livello, il tutto nel pieno rispetto delle persone e della loro *privacy* e della normativa contrattuale.

A conclusione dell'*iter* selettivo, come peraltro previsto dall'articolo 13, comma 18, punto 5, del più volte citato Accordo di confluenza, l'azienda ha dato informativa alle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL circa gli esiti del processo di selezione ed è stata concordata con le medesime organizzazioni sindacali la data di immissione nel profilo professionale superiore del personale che ha superato la selezione di cui sopra.

Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale

DAMIANO

(24 settembre 2007)

SCHIFANI. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro degli affari esteri.* – Premesso che:

da decenni il Sudan è dilaniato da una guerra sanguinosa tra il settentrione arabo-musulmano e il meridione cristiano;

migliaia di cristiani sono stati massacrati dai musulmani per le loro convinzioni religiose;

sono state danneggiate e distrutte numerose scuole e chiese;

monsignor Cesare Mazzolari, Vescovo di Rumbek, il 3 aprile 2006 ha chiesto alla comunità internazionale di contrastare la politica di islamizzazione del Paese, che rischia di distruggere la comunità cristiana locale,

si chiede di sapere:

quali siano gli intendimenti del Governo su questa delicata questione;

se non si ritenga opportuno predisporre, anche con altri Paesi europei, un piano d'intervento più efficace e sollecitare le Nazioni Unite a intensificare i loro sforzi.

(4-00012)

(18 maggio 2006)

RISPOSTA. – L'Italia riserva particolare attenzione al tema del rispetto dei diritti religiosi in Sudan, consapevole dell'importanza di questa variabile nei delicati equilibri definiti dall'Accordo di pace (Comprehensive Peace Agreement) firmato a Nairobi il 9 gennaio 2005 tra forze governative e milizie ribelli nel Sud del Paese.

L'Accordo di pace, attraverso una serie di adempimenti istituzionali, ha la finalità di stabilire meccanismi per una ripartizione del potere equilibrata e un'equa suddivisione della ricchezza tra il Nord, di cultura islamica e musulmano, e le popolazioni africane delle regioni meridionali.

Esso prevede anche l'istituzione di strutture volte a monitorare il rispetto dei diritti umani nel Paese. Tra queste spiccano una Commissione nazionale per i diritti umani ed una Commissione per la protezione dei non musulmani nella capitale.

In particolare, la missione delle Nazioni Unite in Sudan (UNMIS), sostenuta anche dai contributi dell'Italia, sta collaborando con il Governo sudanese alla legge di istituzione della Commissione nazionale dei diritti umani, mentre la composizione della Commissione per la protezione dei non musulmani nella capitale è stata definita con decreto presidenziale lo scorso febbraio. Tale atto rappresenta un passaggio significativo nella prospettiva di una maggiore tutela dei diritti religiosi in Sudan, registrato positivamente anche nell'ultimo rapporto del Segretario Generale delle Nazioni Unite per il Sudan.

In Sudan, su una popolazione di circa 42 milioni di abitanti, il 5% professa la religione cristiana.

Sin dal periodo coloniale, l'opera coraggiosa e generosa dei Padri comboniani ha rappresentato un fattore importante per il sostegno delle condizioni di vita delle popolazioni del Sud del Paese e, nel corso della lunga guerra civile, i missionari italiani hanno certamente svolto un ruolo attivo nella ricerca di un dialogo tra la comunità cristiana e quella di fede musulmana.

In questo senso, la figura del vescovo di Rumbek, mons. Mazzolari, che vive in Sudan dal 1981, è stata di grande rilevanza per l'attuazione di progetti di assistenza alla popolazione della diocesi locale. Il vescovo italiano ha dato utili indicazioni per poter individuare la realizzazione di un'opera di particolare rilevanza per lo sviluppo delle regioni meridionali.

È stata, infatti, realizzata l'opera di costruzione del «Ponte Italia» che assume particolare rilevanza in quanto si tratta di una struttura destinata a collegare due centri nevralgici del Sudan meridionale e a valorizzarne appieno le potenzialità di sviluppo.

L'impegno dell'Italia per il rispetto dei diritti umani nel Paese ha trovato concreta attuazione attraverso il contributo nel Consiglio dei Diritti Umani.

La situazione in Darfur è stata uno dei temi dominanti l'agenda delle ultime sessioni del Consiglio dei Diritti Umani svoltasi a Ginevra. Nel corso della quarta sessione (marzo 2007) l'Italia e l'UE hanno lavorato a complessi negoziati con il gruppo africano, conclusisi con l'approvazione per consenso di un testo di risoluzione sulla situazione in Darfur. La risoluzione ha dato mandato ad un gruppo di esperti, composto dal Relatore Speciale sul Sudan e da altri sei relatori speciali «tematici», di riferire sullo stato di attuazione delle raccomandazioni sul Darfur, contenute nei numerosi documenti delle Nazioni Unite, nonché di promuoverne l'attuazione. L'adozione di questa risoluzione ha dimostrato che la Comunità internazionale mantiene alto il proprio livello di attenzione su ciò che sta accadendo nella regione sudanese. Questo importante risultato è stato raggiunto anche grazie al ruolo svolto dall'Italia, che ha ricercato sin dall'inizio, insieme ai *partner* europei, la strada del dialogo con tutti i gruppi regionali, nella convinzione che vi fossero margini negoziali per l'adozione di una posizione forte e comune nel Consiglio sulla questione.

Inoltre, nella sua quinta sessione il Consiglio dei Diritti Umani (giugno 2007) ha approvato per consenso il primo rapporto del gruppo di esperti sullo stato di attuazione delle raccomandazioni sul Darfur. Dal documento emerge un quadro fortemente critico della situazione in quella regione, sotto i profili della protezione dei diritti umani, dell'accesso all'assistenza umanitaria e del funzionamento del sistema giudiziario; d'altro canto, viene registrata positivamente la disponibilità dimostrata da Khartoum nel collaborare con il gruppo di esperti – a differenza dell'ostruzionismo opposto in passato – al fine di concordare un pacchetto di raccomandazioni per migliorare lo stato dei diritti umani in Darfur. Il livello di attuazione di queste raccomandazioni verrà riesaminato nell'arco di tre mesi e sottoposto di nuovo all'attenzione del Consiglio dei Diritti Umani, alla settima sessione dell'organismo onusiano.

L'impegno dell'Italia in favore della crisi in Darfur e della conseguente, gravissima violazione dei diritti umani, si è sviluppato anche all'interno della cornice comunitaria. L'UE è infatti intervenuta sulla crisi del Sudan con alcune decisioni a carattere operativo, prese nel corso delle sessioni del Consiglio Affari Generali e Relazioni Esterne (CAGRE). Da ultimo, con la decisione del CAGRE del 18 giugno 2007, 40 milioni dei

euro verranno garantiti alla missione dell'Unione Africana in Darfur (AMIS) tramite l'«African Peace Facility», strumento finanziario volto a sostenere le operazioni di mantenimento della pace in Africa.

In linea con quanto richiesto dalla risoluzione del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite n. 1593 del 31 marzo 2005, la Corte Penale Internazionale ha avviato un'inchiesta sulle violazioni dei diritti umani in Darfur. Gli esiti dell'indagine – durata circa 20 mesi – sono stati presentati dal pubblico ministero Ocampo a fine febbraio 2007 ed individuano alcune personalità (due ex membri del Governo e delle Forze armate sudanesi) responsabili di crimini contro l'umanità e di crimini di guerra, di cui viene richiesta l'estradizione. In proposito, si ricorda che i Ministri degli Esteri dell'UE hanno ribadito, nelle conclusioni dell'ultimo CAGRE del 18 giugno 2007, il sostegno europeo agli sforzi della Corte Penale Internazionale per porre fine al clima di impunità in Darfur, richiamando Khartoum a conformarsi alle richieste di estrazione degli indagati sudanesi da parte del Tribunale dell'Aja.

Nelle ultime dichiarazioni sulla situazione politica in Darfur e la missione di pace UA-ONU, il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite non ha mai mancato di sollevare la questione dei diritti umani. Da ultimo, la dichiarazione presidenziale del 25 maggio 2007, sostenuta anche dall'Italia, ha richiesto a tutte le parti del conflitto di arrestare le violenze e di facilitare il lavoro degli operatori umanitari.

Il Sottosegretario di Stato per gli affari esteri

VERNETTI

(25 settembre 2007)

STORACE. – *Ai Ministri dei trasporti, del lavoro e della previdenza sociale, per gli affari regionali e le autonomie locali e dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

la società COTRAL S.p.A., azienda pubblica di trasporto del Lazio, ha recentemente posto in essere un piano di ristrutturazione societaria per ridurre i costi di gestione;

nell'ambito della suddetta ristrutturazione è stato agevolato l'esodo di dieci dirigenti nel biennio 2005/2006 e sono stati previsti due milioni e mezzo di euro per l'esodo di quadri e funzionari;

nonostante il piano di ristrutturazione aziendale, risulta all'interrogante che a due alti dirigenti, il dr. Salinari e il dr. Puddu, sia stato concesso, con apposita delibera del Consiglio di amministrazione, un corposo aumento della retribuzione;

i due dirigenti citati hanno raggiunto già da tempo i limiti di età pensionabile e contributivi,

si chiede di sapere:

se il mancato «esodo» dei due dirigenti suddetti non appaia in contraddizione con il piano di ristrutturazione aziendale, considerato che en-

trambi, come già detto, hanno raggiunto da tempo i limiti di età pensionabile e contributivi;

se si consideri corretto che un'azienda in grave dissesto finanziario, e che gode di ampi contributi da parte della Regione Lazio, possa, con delibera apposita del Consiglio di amministrazione, aumentare corporalmente le retribuzioni di alcuni suoi dirigenti e, specificatamente, dei due dirigenti menzionati, considerato anche il raggiungimento per entrambi dell'età pensionabile.

(4-01042)

(14 dicembre 2006)

RISPOSTA. – Si risponde su delega della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Dalla documentazione acquisita dalla Direzione provinciale del lavoro di Roma è emerso che in data 8 novembre 2005 il Consiglio di amministrazione della società Cotral s.p.a. ha adottato la delibera n. 62 concernente il Piano di ristrutturazione industriale 2006/2008.

Il suddetto Piano manifesta, nello specifico, la necessità di convergere verso la ricerca di un equilibrio economico della gestione e di applicare un contenimento dei costi del prezzo/km verso valori compatibili con gli *standard* di mercato.

In tema di obiettivi e linee strategiche attuative, il medesimo Piano prevede l'intento di riformare profondamente e strutturalmente la società verso il risanamento e lo sviluppo, con opzione strategica orientata in un contesto di alta tecnologia, di reclutamento di personale operativo, di formazione/riqualificazione, di incentivazioni di risultato, di miglioramento della qualità e dell'efficienza dei processi produttivi e gestionali.

In merito al profilo strettamente organizzativo, a partire dalla fine del 2005 e fino alle prime settimane del 2006 le posizioni dirigenziali da 38 sono state ridotte a 29.

Successivamente, una ulteriore riduzione ha interessato 9 rapporti di lavoro dirigenziali mediante atti di risoluzione consensuale.

Per effetto di tali riduzioni, l'azienda afferma che, da un lato, si è determinato un forte decremento della spesa per le retribuzioni dei dirigenti, dall'altro, è stato necessario ridistribuire le responsabilità ai dirigenti in servizio con un aggravio di attività rispetto al ruolo precedentemente assegnato.

Conseguentemente, il C.d.A. ha rideterminato le pesature delle nuove posizioni dirigenziali ed ha proceduto ad un riallineamento delle retribuzioni, ferme agli importi stabiliti nel 2001, più consistente per i dirigenti che hanno assunto un ruolo più rilevante e per coloro che percepivano una retribuzione di poco superiore a quella spettante ai quadri.

In particolare, a seguito della modifica macrostrutturale predetta e dell'avvicendamento di alcuni dirigenti in altri settori, a far data dal 1° febbraio 2006, il dott. Piergiulio Salinari, già responsabile del Servizio

pianificazione controllo e turnazione, è stato nominato responsabile della funzione risorse umane con modifiche, quindi, della missione e del ruolo.

A tal proposito, l'azienda ha evidenziato che la nuova retribuzione conferita è di gran lunga inferiore rispetto a quella percepita dal predecessore in quel ruolo.

Per le stesse ragioni suesposte e dalla medesima data il dott. Giovanni Puddu è stato nominato responsabile della rinnovata struttura di *internal audit*, con l'attribuzione, quindi, di nuovi e più delicati ambiti di responsabilità.

La relativa retribuzione è stata, quindi, riallineata a quella di altri dirigenti, nella fascia intermedia, con responsabilità analoghe dal punto di vista del «peso» nelle attività aziendali.

La Cotral sottolinea, inoltre, che trattandosi di s.p.a. è assoggettata alle regole ed ai vincoli previsti dalla vigente normativa, e che il Consiglio di amministrazione, nel rispetto delle norme stabilite nello Statuto istitutivo, è dotato della necessaria autonomia imprenditoriale.

Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale

DAMIANO

(24 settembre 2007)

STORACE. – *Ai Ministri della salute e per gli affari regionali e le autonomie locali.* – Premesso che:

G. P. Steccato, affetto dal 1999 dalla rara malattia denominata «sindrome del chiavistello» che lo ha reso completamente paralizzato e cieco, dopo essere stato ricoverato fino all'autunno 2006 nel reparto di lungodegenza dell'Ospedale Bertarelli di Piacenza, in una stanza con altri pazienti, si trova ora presso la propria abitazione, continuamente assistito dai familiari, in quanto l'Asl di Piacenza non è stata in grado di trovare una sistemazione adeguata alle sue condizioni;

la Giunta della Regione Emilia Romagna con delibera n. 2068 del 2004 è intervenuta sulla questione delle persone con gravissime disabilità prevedendo, in caso di permanenza della persona in situazione di *handicap* grave presso la propria abitazione, un sostegno economico pari al massimo a 23 euro giornalieri, oppure per persone con disabilità gravissime la permanenza in strutture residenziali;

la stessa delibera stabilisce che l'accoglienza in strutture residenziali può avvenire a condizione che siano garantite camere singole con spazio anche per i familiari, disponibilità delle necessarie attrezzature assistenziali, tutti gli interventi di tipo clinico, riabilitativo ed assistenziale indicati nel piano personalizzato di assistenza e la disponibilità di personale assistenziale con adeguata formazione e che si può ipotizzare l'utilizzo delle residenze per circa 4 /5 pazienti con gravissimo *handicap* acquisito, ogni 100.000 abitanti,

si chiede di sapere:

se non si intenda modificare la somma, del tutto inadeguata, di 23 euro giornalieri prevista come sostegno economico ai pazienti con gravissimo *handicap* acquisito che scelgano di rimanere presso la propria residenza;

se la Asl di Piacenza abbia predisposto nel territorio di propria competenza i posti all'interno delle strutture residenziali dotati dei requisiti stabiliti dalla delibera 2068 del 2004 e riservati alle persone con gravissimo *handicap* acquisito;

se la Asl di Piacenza abbia proposto a G. P. Steccato il ricovero presso una struttura residenziale pubblica predisposta per l'accoglienza di pazienti nel suo stato.

(4-02417)

(18 luglio 2007)

RISPOSTA. – Con riferimento a quanto rappresentato nell'interrogazione parlamentare, deve essere preliminarmente evidenziata l'autonomia regionale in materia di organizzazione e gestione dei servizi sanitari e delle risorse economiche correlate, così come confermato dalle modifiche apportate al Titolo V della parte seconda della Costituzione dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Pertanto si risponde sulla base degli elementi acquisiti, tramite la competente Prefettura, dalla Azienda unità sanitaria locale di Piacenza.

Nel merito è stato precisato che il sig. Piero Steccato, alla fine del periodo di degenza presso la U.O. di lungodegenza PARE del locale Presidio ospedaliero, ha scelto di essere assistito a domicilio, preferendo tale soluzione rispetto alla istituzionalizzazione presso alcuni centri idonei che gli erano stati proposti.

La rete provinciale d'offerta a favore dei disabili prevede due strutture residenziali riservate a disabili gravissimi, ai sensi della delibera regionale 2068 del 2001; la prima ubicata a Piacenza in via Buozi, l'altra ubicata a Fiorenzuola d'Arda.

L'ASL ha assicurato che la permanenza a domicilio si è resa possibile garantendo, a totale carico dell'Azienda stessa e del Comune, livelli elevati di qualità e sicurezza assistenziale attraverso:

- 1) l'installazione di un montascale;
- 2) l'adeguamento della camera da letto del paziente a locale di assistenza sanitaria, adeguatamente fornito di:

- letto elettrico
- sollevapazienti a muro e a carrello
- ossigeno liquido
- aspiratore
- saturimetro
- pompa nutrizionale enterale

- 3) fornitura di una carrozzina elettrica e di tutti gli ausili per la movimentazione e il posizionamento del paziente;

4) fornitura di tutti i farmaci e i presidi sanitari necessari.

Vengono fornite, inoltre, le seguenti prestazioni assistenziali:

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di 3° livello con rivalutazione trimestrale e accesso del medico di medicina generale 2-3 volte la settimana;

accessi infermieristici concordati direttamente con il suddetto medico e la famiglia e, in ogni caso, su chiamata per necessità improvvise; riabilitazione per 6 ore settimanali;

assistenza sanitaria di base per 36 ore settimanali;

assistenza di sollievo alla famiglia 3 ore per 6 giorni la settimana, e un'ora e 30 minuti nei giorni festivi;

disponibilità di consulenza medico-specialistica sia programmate che urgenti;

dispositivo di chiamata automatico al 118 per situazioni di urgenza.

L'ASL competente ha confermato che «il Sig. Steccato beneficia inoltre dell'assegno di cura di 23 euro giornalieri, importo massimo fissato dalla DGR 2068/01 per disabili gravissimi in trattamento domiciliare».

Il Sottosegretario di Stato per la salute

ZUCHELLI

(25 settembre 2007)

TOMASSINI. – *Al Ministro della salute.* – Considerato che:

la decisione della Commissione europea del 19 marzo 2002 stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio prevedeva definizione e criteri di classificazione delle malattie infettive soggette a rilevazione, al fine di poter disporre, nei Paesi europei, di dati omogenei e quindi confrontabili, delle principali malattie infettive e detta decisione impone l'adeguamento dei sistemi in uso nei Paesi membri entro il 1° gennaio 2003;

allo stato attuale la rilevazione delle malattie infettive in Italia avviene ancora sulla base dell'elenco e dei criteri di classificazione del decreto ministeriale 15 dicembre 1990 e che, quindi, il sistema di notifica italiano presenta delle incongruità con quanto previsto a livello europeo;

alle direttive previste dal decreto ministeriale 15 dicembre 1990 si sono affiancate, negli anni, ulteriori circolari per la rilevazione delle malattie infettive (meningiti batteriche, legionellosi, meningite da chingunya, rosolia in gravidanza e focolai di morbillo, aids), con ulteriori e differenti flussi di dati, da cui derivano statistiche a sé stanti, creando un complessivo sistema farraginoso, con sovrapposizioni e incongruenze;

le misure di controllo, da porre in atto a fronte di casi di malattie contagiose atte a evitare la diffusione e l'insorgenza di casi secondari, ri-

salgono alla circolare n. 4 del 13 marzo 1998 – misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica e comprendono misure superate dalle acquisizioni scientifiche (come il caso della pediculosi o delle malattie esantematiche), rispetto alle quali la letteratura scientifica non ha evidenziato alcuna evidenza nell'essere effettivamente efficaci a prevenire il contagio e che, di contro, si rivelano in taluni casi discriminatorie;

nel programma dei CCM (Comitati consultivi misti) del 2004 all'area «Malattie infettive e diffusive» era assegnato un finanziamento complessivo di 5.400.000 euro, ma che, ad oggi, non risulta alcun tangibile risultato sul fronte dell'aggiornamento del sistema di rilevazione e notifica delle malattie infettive,

si chiede di sapere quali attività siano state realizzate e con quali relative risorse, sia del Ministero che dei CCM, e con quali risultati, relativamente a: 1) predisposizione di sistemi informatici per la rilevazione di malattie infettive (indipendentemente dall'assoggettamento a notifica): applicativi disponibili, stato di avanzato, utilizzo effettivo; 2) adeguamento del sistema di notifica alle direttive europee: situazione, adozione effettiva di criteri uniformi; 3) diffusione di statistiche aggiornate e *report* periodici su scala nazionale sulle principali malattie infettive e confronti spazio-temporali; 4) aggiornamento delle linee-guida sulle misure di controllo delle malattie infettive, con particolare riguardo alle parassitosi, alle malattie trasmesse da alimenti, alle malattie esantematiche dell'infanzia.

(4-01931)

(15 maggio 2007)

RISPOSTA. – L'attuale sistema routinario di sorveglianza delle malattie diffusive e infettive, definito dal decreto ministeriale 15 dicembre 1990, prevede la suddivisione delle malattie trasmissibili in cinque diverse classi di notifica.

Negli anni, questa suddivisione ha comportato livelli diversi di sensibilità e di qualità dei dati raccolti; inoltre, il sistema prevede flussi informativi differenziati in base alla classe di notifica, con destinatari diversi, a seconda dei rispettivi compiti istituzionali.

L'obiettivo è quello di riservare a un numero limitato di malattie la massima tempestività nella trasmissione dei dati dalla periferia al centro.

Tale sistema non è stato peraltro adeguato alle modifiche organizzative che, nella seconda metà degli anni '90, hanno portato alla regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e alla creazione dei Dipartimenti di prevenzione, né alle malattie infettive emergenti e alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie nel settore dell'informazione.

Pertanto, negli anni, per singole malattie trasmissibili si sono sviluppati sistemi paralleli di sorveglianza, nella forma di sorveglianze speciali e di «sistemi sentinella» che, pur aumentandone l'efficienza complessiva, hanno portato ad una scarsa integrazione fra il sistema routinario e i sistemi speciali, con conseguente duplicità della notifica e mancata corrispondenza qualitativa e quantitativa dei dati tra i diversi sistemi.

È stato necessario, pertanto, progettare un sistema più flessibile, più tempestivo ed efficace, per realizzare una migliore risposta alla minaccia da agenti infettivi, adeguando la Rete di sorveglianza e risposta rapida per le malattie trasmissibili.

Tale adeguamento costituisce l'obiettivo strategico del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), istituito presso il Ministero della salute, al quale partecipano anche l'Istituto superiore di sanità, le Regioni e le Aziende sanitarie locali.

Nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute, è stata realizzata una piattaforma informativa in cui far confluire il sistema routinario, i sistemi speciali di sorveglianza e il sistema di sorveglianza delle zoonosi; in via sperimentale la piattaforma sta rilevando dati sulla tubercolosi, sul morbillo, sulla varicella e sulle salmonellosi non tifoidee.

Le Regioni pilota (Piemonte, Toscana e Calabria), individuate in sede di Coordinamento interregionale per la prevenzione sanitaria, stanno sperimentando il sistema attraverso un progetto che ha l'obiettivo finale di facilitare la diffusione e verificare l'efficienza della piattaforma tecnologica nel rispettivo territorio regionale.

La scelta delle suddette patologie è stata operata per i seguenti motivi:

- 1) la complessità dei criteri di notifica per la tubercolosi;
- 2) l'alto numero di notifiche per le salmonellosi non tifoidee e la varicella;
- 3) la particolare sorveglianza sul morbillo, che è una malattia in fase di eliminazione.

Il progetto, che ha avuto inizio il 1° gennaio 2007, sarà esteso entro la fine di quest'anno alla notifica di tutte le malattie infettive, previste dal decreto del 1990.

Per accedere alla piattaforma *web* è sufficiente connettersi a *Internet*; all'interno della piattaforma, ciascun utente dispone di una *password*, cui corrisponde un profilo di utenza con diverso grado di accesso e di manipolazione dei dati inseriti.

All'interno della piattaforma, le segnalazioni, non appena inserite, saranno immediatamente visibili a tutti gli utenti del sistema, secondo la propria competenza territoriale; nel caso di malattie sottoposte a sorveglianza speciale o al Regolamento sanitario internazionale, verranno generati automaticamente segnali di allerta.

Al momento, poiché il sistema, come già detto, è in fase di sperimentazione, si stanno acquisendo e valutando tutte le esigenze e gli adeguamenti operativi segnalati dalle Regioni pilota.

Le funzionalità previste per la piattaforma sono tali da permetterne l'utilizzo:

- come sistema gestionale ai fini della sorveglianza e del controllo delle malattie trasmissibili sul territorio;

– come sistema conoscitivo utile al «*risk assessment*», al monitoraggio e alla valutazione epidemiologica/statistica.

La complessità del sistema suggerisce una modalità realizzativa di tipo incrementale, che prevede l'integrazione delle diverse funzionalità in fasi successive; nell'ambito di ciascuna fase saranno previsti momenti di verifica volti a recepire i «*feed-back*» da parte dei diversi utenti del sistema.

Per ogni malattia notificata è prevista la generazione di statistiche provvisorie (dati aggregati visibili in tempo reale e suscettibili di modifica) e di statistiche definitive (dati individuali e aggregati); i dati provvisori e quelli definitivi (aggregati e individuali) saranno visibili da tutti, sia dagli utenti interni alla piattaforma sia da chiunque si colleghi al sito della piattaforma, pur assicurando con opportuni accorgimenti la necessaria tutela per il trattamento dei dati individuali.

L'aspetto decisamente innovativo del sistema è la possibilità di avere, in tempo reale, i dati relativi a tutte le malattie e ai focolai epidemici, consentendo l'immediatezza del sistema di allerta nei confronti dell'Europa e dell'Organizzazione mondiale della sanità.

La notifica delle malattie infettive che confluiranno nel sistema *web* è adeguata a quanto previsto dalle direttive europee, al fine di garantirne criteri uniformi e di rendere possibile l'applicazione delle linee guida nazionali per la sorveglianza delle malattie infettive, le quali, secondo la normativa vigente, sono state condivise in sede di Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto delle esigenze locali di organizzazione e programmazione sanitaria.

L'obiettivo successivo è l'integrazione dei sistemi di sorveglianza, dei quali, al momento attuale, sono attivi i seguenti:

- sorveglianza delle malattie trasmissibili (*ex decreto ministeriale 15 dicembre 1990*);
- sorveglianze sentinella;
- sorveglianze specifiche (malattie prevenibili da vaccinazione, AIDS, TBC, meningiti, paralisi flaccida acuta, legionellosi, epatiti virali, infezioni da enterobatteri, antibiotico resistenza, Creutzfeldt-Jakob, rosolia congenita e infezione da rosolia in gravidanza, malaria, malattie trasmesse da alimenti e da acqua);
- sorveglianza ai confini del Paese;
- sorveglianza delle zoonosi;
- sorveglianza sindromica;
- sorveglianza di laboratorio e allerta su isolamenti microbici;
- risposta rapida nazionale contro le emergenze biologiche;
- anagrafici vaccinali.

Tale integrazione potrà essere realizzata attraverso l'implementazione della piattaforma *web based*, che permetterà ai diversi attori del sistema di agire in funzione del ruolo assegnato all'interno del processo.

Come già precisato, in accordo con le Regioni, sono state definite linee-guida e/o aggiornamenti su alcune malattie infettive.

Tra queste, per corrispondere ad esigenze di tipo epidemiologico, di prevenzione e sanità pubblica, si ricordano il programma di azione per il controllo della tubercolosi, il sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV, il piano di eradicazione del morbillo e della rosolia congenita, il piano vaccinale, il piano per il controllo dell'epidemia e della pandemia influenzale, la prevenzione delle zoonosi e delle infezioni ospedaliere, le linee guida per la gestione di focolai di febbri emorragiche virali (FEV), le indicazioni sulle categorie cui offrire in via prioritaria la vaccinazione antinfluenzale e sulla composizione dei vaccini antinfluenzali, e i dati epidemiologici e virologici relativi alla precedente stagione.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

GAGLIONE

(1° ottobre 2007)

VALPIANA, GIANNINI, EMPRIN GILARDINI, GAGGIO GIULIANI, NARDINI, TECCE. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il decreto ministeriale 8 aprile 2000, «Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto», all'articolo 1, comma 1, tratta della realizzazione dell'anagrafe informatizzata degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, a partire dalla cui istituzione «le aziende unità sanitarie locali, nell'ambito territoriale di competenza, notificano personalmente a tutti i cittadini, secondo le modalità di cui all'art. 138 del codice di procedura civile, la richiesta di dichiarare la propria volontà in merito alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo dopo la morte a scopo di trapianto»;

il comma 2 del medesimo articolo tratta dei termini entro i quali esprimere la propria volontà, una volta ricevuta la notifica di richiesta;

il comma 3 tratta dell'acquisizione attraverso la predisposizione di moduli *ad hoc*, in attesa dell'informatizzazione delle procedure di notifica, «delle dichiarazioni di volontà dei cittadini secondo modalità uniformi in tutto il territorio nazionale»;

in occasione del *referendum* del 21 maggio 2000, ad alcune migliaia di cittadini assieme ai certificati elettorali sono stati distribuiti modelli per la dichiarazione di volontà per la donazione di organi e tessuti dopo la morte, definiti *card*, da compilare, firmare e portare con sé, riconosciuti validi al fine della dichiarazione di volontà;

dal successivo mese di luglio è stata data la possibilità ai cittadini di registrare la propria volontà sia recandosi presso la Asl, sia rivolgendosi al proprio medico di famiglia, con funzione di tramite tra il cittadino e la Asl stessa, al fine di registrare le dichiarazioni presso il Centro nazionale per i trapianti,

si chiede di sapere:

se e in quale modo sia stata notificata personalmente a tutti i cittadini, secondo le modalità di cui all'art. 138 del codice di procedura civile, la richiesta di dichiarare la propria volontà in merito alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo dopo la morte a scopo di trapianto;

se sia stata realizzata l'anagrafe informatizzata degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale e, nel caso, se siano state inviate le richieste di assenso/dissenso ai cittadini in merito alla donazione di organi e tessuti dopo la morte;

quante persone risultino essersi registrate presso le Asl o presso i propri medici di famiglia;

quali siano i motivi che allo stato attuale impediscono una corretta applicazione della legge 1° aprile 1999, n. 91 («Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti»);

quali siano le prassi e le linee guida adottate rispetto all'eventuale donazione degli organi nei casi di decesso di persona che non abbia espresso l'assenso evidente della volontà di donare i propri organi (silenzio/dissenso).

(4-02380)

(13 luglio 2007)

RISPOSTA. – In riferimento all'interrogazione, e in relazione ai primi due quesiti concernenti la notificazione a tutti i cittadini, secondo le modalità di cui all'articolo 138 del codice di procedura civile, della richiesta di dichiarazione della propria volontà circa la donazione di organi e di tessuti dopo la morte a scopo di trapianto, e l'istituzione dell'anagrafe informatizzata degli assistiti del Servizio sanitario nazionale, si precisa che l'anagrafe, strumento indubbiamente indispensabile per poter adempiere correttamente alle procedure di notifica tenendo conto anche dei possibili mutamenti nello *status* anagrafico dei cittadini (cambiamenti di residenza, decesso, raggiungimento della maggiore età, eccetera), non era stata ancora attivata al momento dell'emanazione del decreto ministeriale 8 aprile 2000, dovendo essere ricompresa all'interno di un più ampio progetto concernente la pubblica amministrazione.

Solo di recente, tramite le procedure attivate per la realizzazione della Tessera sanitaria, è stato predisposto il sistema anagrafico «unitario»; tuttavia, finora, la prevista notificazione non è stata ancora avviata, per problemi di natura economica e di concreta fattibilità.

Al riguardo, si sottolinea che la procedura di notifica prevede la consegna *ad personam* della comunicazione, con una delle seguenti modalità:

a) tramite messo comunale o ufficiale giudiziario;

b) tramite le Poste italiane, con il cosiddetto Sistema integrato di notifica.

Nel primo caso, la procedura presenta difficoltà correlate alla rilevante quantità di comunicazioni da inviare, a fronte dello scarso numero

di risorse umane e di strutture disponibili; nel secondo caso, le difficoltà sono pertinenti ai costi, in considerazione della tariffa prevista, pari a circa dieci euro per ciascuna notifica.

Relativamente, inoltre, alla disciplina che, nelle more dell'applicazione del principio del silenzio-assenso, regola l'espressione di volontà, si precisa che il principio attualmente in vigore è quello del consenso e del dissenso esplicito.

In particolare, l'articolo 23 della legge 1° aprile 1999, n. 91 «Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti», stabilisce che fino alla data di attivazione del Sistema informativo trapianti «è consentito procedere al prelievo di organi e di tessuti (...) salvo che il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso».

Il decreto ministeriale già citato, peraltro, prevede le modalità tramite le quali è consentito al cittadino esprimere al riguardo la propria volontà, favorevole o contraria alla donazione; attualmente è possibile manifestare validamente la propria volontà in uno dei seguenti modi:

a) compilare una dichiarazione, da conservare tra i documenti personali, la quale per essere valida deve contenere i dati anagrafici, l'esplicita attestazione dell'assenso o dissenso, la data e la firma del dichiarante;

b) registrare i propri dati anagrafici e la propria volontà nell'ambito del Sistema informativo trapianti, recandosi presso le ASL, le Aziende ospedaliere o presso gli ambulatori dei medici di medicina generale.

In ogni momento si può procedere alla sottoscrizione di una dichiarazione successiva e contraria alla prima e l'ultima dichiarazione attesta la definitiva volontà in materia di donazione di organi e tessuti.

Pertanto, in caso di morte possono verificarsi tre ipotesi:

1) se il cittadino ha espresso in vita la propria volontà di donare, si procede al prelievo, che non può essere impedito da una eventuale opposizione dei familiari;

2) se il cittadino ha espresso in vita la volontà contraria alla donazione, non si può procedere al prelievo di organi e/o tessuti;

3) se, invece, il cittadino non si è espresso in alcun senso, è possibile procedere al prelievo, purché non vi sia opposizione da parte dei familiari.

Deve essere sottolineato che, ad oggi, nel nostro Paese la cultura della donazione, della quale già da alcuni anni il Ministero della salute si è fatto portavoce e parte attiva con numerose iniziative, ha prodotto un aumento del numero dei donatori, con un incremento del 39 per cento dal 2000 al 2006.

Anche per l'anno in corso, il Ministero e la Presidenza del Consiglio dei ministri hanno realizzato una campagna televisiva, in onda da luglio ad ottobre, con l'obiettivo di aumentare nei cittadini la consapevolezza della scelta di donare come gesto di responsabilità sociale e di informare sulla sicurezza ed efficienza del sistema pubblico «trapianti».

Si precisa, inoltre, che attraverso il sistema di raccolta e registrazione delle manifestazioni di volontà dei cittadini, operativo presso le ASL, risultano, ad oggi, registrate 82.839 dichiarazioni, di cui 71.660 a favore della donazione (pari a 86,51 per cento) e 11.179 contrarie alla donazione, pari a 13,49 per cento.

Il Sottosegretario di Stato per la salute

GAGLIONE

(1° ottobre 2007)
