

le iniziative più recenti del Governo, paiono inoltre penalizzare ulteriormente la montagna, e quindi i piccoli comuni montani: è sufficiente pensare che il contributo medio per ogni cittadino milanese — stante ai contributi straordinari per la città di Milano — sono pari a 291 euro, mentre il contributo per ogni cittadino romano (dai fondi per Roma Capitale) è pari a 97 euro e quello per ogni cittadino montano è invece pari ad appena 5,64 euro, stando al fondo nazionale per la montagna;

ci si trova dunque di fronte ad un quadro preoccupante — non solo per i comuni — per tutto il sistema delle autonomie locali del nostro Paese, con una drastica disillusione attorno ai trionfalistici pronunciamenti della scorsa campagna elettorale —:

quali siano le intenzioni reali del Governo per far decollare un progetto di *devolution* o di reale federalismo;

come si possa declinare una vera politica di rilancio del sistema delle autonomie locali e, al contempo, penalizzare le finanze, gli investimenti e la stessa sopravvivenza dei comuni italiani. (3-01515)

\* \* \*

### SALUTE

*Interrogazioni a risposta immediata in Commissione:*

XII Commissione:

VALPIANA. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

il Governo non ha stanziato i fondi per la stipula dei contratti di formazione-lavoro relativi ai medici specializzandi previsti dal decreto legislativo 368/99 e dalle direttive comunitarie e l'importo dell'attuale borsa di studio, risulta congelato fino al 2006;

una normativa di questo Governo prevede il ritorno in Parlamento di tutte le leggi prive di copertura finanziaria, in questo modo, probabilmente, anche il decreto legislativo 368/99 verrà cancellato;

l'associazione medici specialisti della Comunità europea e specialisti in formazione, dissentendo dalla linea politica adottata dal Governo che non ha previsto la copertura economica del decreto legislativo 368/99 ed in particolare dei contratti di formazione e lavoro, ha proclamato lo stato di agitazione nazionale dei medici specializzandi a partire dal 21 ottobre 2002 —:

se esista la volontà politica di risolvere l'annoso problema di una formazione controllata e di qualità degli specializzandi garantendo, nel contempo, a questi lavoratori un dignitoso contratto di formazione-lavoro. (5-01343)

LABATE, BATTAGLIA e ZANOTTI. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

il 10 agosto 2002 i maggiori quotidiani nazionali riportavano i risultati dell'indagine sui servizi di diagnostica per immagine, presenti nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate, la cui elaborazione è stata effettuata dall'ufficio statistico del Ministero della salute, da cui si evinceva che le apparecchiature sono in gran parte obsolete, che mancano le gamma camere in molti pronto soccorso e che le attrezzature diagnostiche sono sottoutilizzate;

il professor Marco Salvatore, presidente dell'associazione italiana di medicina nucleare, avrebbe espresso una fortissima preoccupazione rispetto ai dati della suddetta indagine in quanto ha denunciato che i cittadini italiani corrono l'evidente rischio di sottoporsi ad analisi iperadiattive a seguito del prodursi di un effetto negativo radiobiologico se si consi-

dera che oltre il 60 per cento dei mammografi ed 1/3 degli apparecchi tac hanno oltre otto anni;

l'associazione italiana di medicina nucleare avrebbe denunciato il pericolo di esporre i pazienti a una quantità di radiazione maggiore di quella che sarebbe necessaria ed inoltre l'obsolescenza e la cattiva manutenzione denuncia anche il rischio del non raggiungimento dell'obiettivo diagnostico con l'aggravamento perciò dei danni nei confronti della salute del cittadino e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale;

la carenza di gamma camere nella maggior parte degli ospedali dotati di terapia intensiva, con la conseguente impossibilità di eseguire esami di pronto soccorso per la diagnosi di infarto miocardico denuncia non solo la carenza di vitali strumenti diagnostici ma la situazione a rischio dei pronto soccorso;

la disomogenea distribuzione di apparecchiature quali la PET (tomografia a emissione di positroni) che oggi è in grado di individuare precocemente non solo la patologia in atto ma anche essere di aiuto alla scelta e al controllo nel tempo della terapia, essendo un fatto ormai acquisito che la diagnostica per immagini ha negli ultimi venti anni traguardato enormi progressi sia per quanto riguarda la non invasività sia per la precisione con cui è possibile fare diagnosi molto più precoci ed accurate —:

quali azioni il Ministro interrogato intenda mettere in campo, in accordo con le regioni, affinché non solo sia recuperato tempestivamente il *gap* tecnologico delle strutture pubbliche e private accreditate ma anche quali indirizzi si intendano attuare per tutte le regioni italiane affinché si attivi un efficiente e pieno utilizzo dei servizi radiodiagnostica e di bioimmagine garantendo nel più breve tempo possibile a tutti i cittadini la sicurezza dell'uso delle apparecchiature e la tempestività nell'accertamento diagnostico delle patologie per cui viene fatta richiesta.

(5-01344)

BINDI, FIORONI, BURTONE e MOSELLA. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

si apprende dagli organi di informazione che il nuovo prontuario farmaceutico è stato predisposto;

non è chiaro quali siano stati i criteri adottati nella rideterminazione del prontuario e in quali e quante fasce siano stati divisi i farmaci;

gli interroganti sono preoccupati circa le possibili conseguenze negative a danno dei cittadini che potrebbero vedersi costretti a pagare farmaci per la cura delle proprie patologie, anche quelle socialmente diffuse —:

quali siano stati i criteri adottati nella predisposizione del nuovo prontuario farmaceutico, a partire dal criterio della categoria omogenea a quello del rapporto costo-efficacia, quante e quali saranno le fasce in cui si articolerà la rimborsabilità dei farmaci e, se ciò determinerà risparmi di spesa, a quanto tali risparmi ammonterebbero. (5-01345)

ZANELLA e MAURA COSSUTTA. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

negli ultimi decenni in Italia si sono registrate considerevoli variazioni in relazione all'entità e alla tipologia dei bisogni sanitari dell'infanzia: sono infatti calate del 50 per cento le nascite nel periodo 1961-1991, sono migliorate le condizioni socioeconomiche delle famiglie e risultano pressoché scomparse le malattie gravi dei bambini e intere epidemie infettive;

in controtendenza con questo miglioramento della salute dell'infanzia si è sviluppata una notevole domanda di prestazioni sanitarie per i propri figli da parte delle famiglie, caratterizzate di frequente da genitori entrambi lavoratori e da altri componenti del nucleo familiare, perennemente in tensione per il benessere dei bambini, spesso figli unici, rari e tardivi;

da tali premesse consegue un aumento degli accessi ai pronto soccorsi pediatrici, cresciuti di oltre il 400 per cento negli ultimi 5-6 anni, con utilizzo improprio di strutture ospedaliere (oltre il 90 per cento dei casi sono codici verdi e bianchi) rispetto ad esigenze risolvibili in maniera più agevole e meno costosa visto che riguardano malattie banali (*common cold*, otiti, faringiti), spesso sintomatiche (febbre, otalgia, tosse, vomito, diarrea, ec-cetera);

il Servizio sanitario nazionale, che dispone di una rete ospedaliera pediatrica e di un numero di pediatri territoriali tra i più alti al mondo, risponde a questa domanda sanitaria di « nuovi bisogni » tentando di trattenerli nell'ambito delle cure primarie, avvalendosi (nel periodo 1981-2001) di 7.000 pediatri di famiglia che tuttavia, per la loro assenza dal servizio per il 63 per cento del tempo della settimana media e per la mancanza di una risposta territoriale continua ed organizzata, vanificano l'impegno di limitare per questi bisogni primari il ricorso improprio a strutture ospedaliere, cui l'80 per cento degli utenti ricorre senza un consulto con il medico curante;

molto efficace risulta invece il progetto sperimentale di continuità assistenziale della ASL 12 veneziana, il primo in Italia con copertura oraria diurna completa (dalle 8:00 alle 20:00 lungo tutti i giorni dell'anno) illustrato nella rivista di pediatria e neonatologia *Grand'angolo* di Edit-Symposia, volume IX, numero 2 del 2002;

il progetto della ASL 12 di Mestre Venezia, durato dal 1° marzo 2001 al 28 febbraio 2002, ha coinvolto 20 pediatri di famiglia in continuità assistenziale feriale e 35 in continuità assistenziale festiva ed ha interessato un bacino di utenza di 30.000 bambini in età compresa tra 0 e 16 anni; indispensabile è stato l'impiego del consulto telefonico (15.751 telefonate e 7.278 visite ambulatoriali) con utilizzo di un numero verde « dedicato » (operatore al centralino ASL) in grado di smistare le chiamate sul pediatra di turno, logisticamente più adatto alla visita;

il numero delle chiamate per febbre è stato pari al 37 per cento, quelle per vomito e diarrea il 18 per cento, l'8 per cento per malattie infettive, problemi respiratori e otorinolaringoiatriche, 7 per cento problemi cutanei, 14 per cento altri problemi; spesso il contatto telefonico è stato sufficiente a risolvere il quesito posto dall'utente che chiede una « sedazione d'ansia » rivelando l'essenzialità dell'uso del mezzo telefonico per un servizio di continuità assistenziale pediatrica; il 98 per cento delle visite si è risolto al primo livello, con necessità di ricovero nell'1 per cento dei casi e la necessità di prestazione di secondo livello nell'altro 1 per cento dei casi, confermando così l'efficacia del filtro svolto dal progetto citato;

l'indice di gradimento degli utenti si è avvicinato al 100 per cento dei casi a dimostrazione dell'utilità della reperibilità diretta telefonica con successiva disponibilità alla visita e il mancato gradimento degli utenti per la segreteria telefonica che spinge invece a rivolgersi al pronto soccorso per una risposta pronta —

se il ministro non intenda promuovere sull'intero territorio nazionale, una più efficace de-ospedalizzazione verso strutture territoriali dei bisogni di salute dell'infanzia, diffondendo l'esperienza del recente progetto di continuità assistenziale pediatrica sperimentato dalla ASL 12 veneziana, che ha dimostrato come sia possibile ridurre i costi economici del servizio sanitario nazionale senza ridurre i servizi offerti ed anzi fornendo alle famiglie risposte tempestive, rassicuranti ed idonee a migliorare il rapporto di fiducia della popolazione verso i medici curanti.

(5-01346)

---

#### **Ritiro di un documento del sindacato ispettivo.**

Il seguente documento è stato ritirato dal presentatore: interrogazione a risposta scritta Colasio n. 4-04226 del 22 ottobre 2002.