

se il Ministro, alla luce anche della sentenza della corte di Cassazione, intenda intervenire per defluire in maniera univoca la questione posta dall'interrogante e mettere così fine al comportamenti difformi ai quali sono sottoposti gli infermieri. (4-09287)

MANCINI. — *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* — Per sapere — premesso che:

la clinica Madonna delle Grazie di Sibari fondata a metà del secolo scorso da Don Francesco Toscano rappresenta un presidio sanitario di fondamentale importanza ed un punto di riferimento dell'alto Ionio cosentino, sia per l'opera sanitaria importante ed esclusiva espletata nella zona calabro-lucano-ionica e sia perché negli anni ha favorito l'occupazione nel settore e ha alimentato un indotto promuovendo insediamenti abitativi ed attività di sviluppo socio economico. Da anni la struttura è gestita dalla Clinialco S.r.l. ed è convenzionata con il servizio nazionale con 100 posti letto e con le specializzazioni di medicina, cardiologia, ostetricia e chirurgia gestite da una forza lavoro di 60 unità. L'Azienda nel passato ha chiuso i bilanci sempre in attivo ed ha dato agli azionisti dividendi elevati. Negli ultimi anni nonostante la forte domanda dell'utenza determinata anche dalla crisi del settore ospedaliero pubblico di zona, nella Clinalco S.r.l. si è determinata una crescente difficoltà economica. In più non si sono realizzati investimenti per ammodernare la struttura, per sostituire strumenti obsoleti e superati dalle nuove tecnologie, per aggiornare il personale che è rimasto fermo rispetto ai cambiamenti tecnico scientifico amministrativi;

in questa fase difficile però il reparto della medicina ha aggiunto al ricovero tradizionale anche quello dell'alcolismo e della epatologia con rapporti di alto valore scientifico con il Policlinico Gemelli di Roma e il Sant'Orsola di Bologna. Tutto ciò ha incrementato i ricoveri di pazienti

provenienti dal territorio e anche da altri centri importanti della provincia di Crotona, Matera e Potenza;

secondo l'interrogante, il piano di ristrutturazione, organizzativo e produttivo mentre non garantisce in modo serio il rilancio ed il risanamento economico della struttura prospetta un drastico ridimensionamento del personale in organico;

sono stati infatti messi in mobilità diversi dipendenti della clinica per alcuni dei quali si profila l'ipotesi del licenziamento —:

se non intenda attivarsi per accertare la reale applicazione dei contratti di lavoro e l'effettivo pagamento delle retribuzioni al personale nonché per salvaguardare gli attuali livelli occupazionali della clinica. (4-09304)

\* \* \*

#### SALUTE

*Interrogazioni a risposta immediata in Commissione:*

XII Commissione:

BATTAGLIA, LABATE, BOGI, BOLOGNESI, DI SERIO D'ANTONA, GIACCO, PETRELLA, TURCO, ZANOTTI e LUCÀ. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

da alcuni giorni la Presidente e il Vice Presidente dell'AIMA (Associazione italiana malati di Alzheimer) stanno conducendo lo sciopero della fame per richiamare l'attenzione del Ministero sull'accessibilità ai trattamenti farmacologici per questa grave malattia;

il trattamento di questi malati in forma lieve e moderata condotta attraverso i centri clinici di valutazione Alzheimer regionali, sta provocando una ineguaglianza dei cittadini sul territorio nazionale per via dell'*iter* burocratico di accesso e per la non diffusione capillare dei medesimi su tutto il territorio, che rischia

una disparità di trattamento farmacologico verso tutti i cittadini affetti dalle forme iniziali di questa malattia;

l'Alzheimer vero e proprio affligge oggi in Italia circa 600 mila persone a fronte dei 5 milioni, affetti da forme di demenza grave e i malati di Alzheimer trattati dai centri di riferimento regionali vedono l'esclusione di un gran numero di aventi diritto;

l'esperienza condotta chiede la revisione delle procedure di accesso, attraverso il progetto Cronos del Ministero, che attualmente consente l'uso di tre farmaci per le forme lievi e moderate attraverso un percorso complicato che di fatto esclude un gran numero di cittadini ammalati;

in tutti i paesi europei da circa un anno e mezzo è in commercio una nuova molecola (Amamentina) rimborsata da tutti i paesi dell'Unione per la cura delle forme gravi poiché consente di contenere il processo degenerativo nella fase avanzata della malattia;

la registrazione e il commercio nei paesi della UE è noto che avviene attraverso il controllo e il monitoraggio da parte della EMEA, titolata a verificarne l'efficacia clinica;

in quale modo il Ministero della Salute intenda favorire l'accessibilità da parte dei malati di Alzheimer, e non solo di quelli facenti parte del progetto Cronos per i farmaci in fase lieve o moderata che possa consentire la prescrizione dei suddetti da parte dei medici di medicina generale e il controllo da parte dei medici specializzati o dei centri di valutazione sull'andamento della malattia almeno ogni sei mesi;

in quale modo il Ministero intenda procedere attraverso la Commissione Unica del Farmaco per la verifica scientifico-clinica dell'efficacia dell'Amamentina acquisendo in stretta collaborazione con l'Agenzia europea di valutazione dei medicinali i dati a disposizione per il contenimento della malattia in stadio grave, affinché il farmaco possa essere

commercializzato al più presto nel nostro Paese alleviando così la sofferenza dei malati e delle loro famiglie che già da tempo acquistano via Internet sul mercato europeo il farmaco in oggetto. (5-02964)

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

dalla giornata del 9 marzo la Presidente e il Vice Presidente dell'AIMA (Associazione Italiana Malattia Alzheimer) hanno iniziato uno sciopero della fame per richiamare l'attenzione del Ministero della salute sull'accessibilità ai trattamenti farmacologici per questa patologia;

il complicato *iter* burocratico di accesso e la non capillare diffusione sul territorio nazionale dei centri clinici di valutazione Alzheimer regionali, che trattano le persone affette dal morbo in fase iniziale e quindi quando la patologia è ancora lieve e moderata, sta provocando una ineguaglianza dei cittadini sul territorio nazionale rischiando una disparità di trattamento verso le persone affette dalle forme iniziali di questa malattia;

il morbo di Alzheimer vero e proprio affligge, oggi, in Italia, circa 600 mila persone a fronte dei 5 milioni affetti da forme di demenza grave, e, i malati di Alzheimer trattati dai centri di riferimento regionali vedono l'esclusione di un gran numero di aventi diritto;

l'esperienza condotta evidenzia la necessità di una revisione delle procedure di accesso, poiché, il progetto Cronos del Ministero, che attualmente consente l'uso di tre farmaci per il trattamento delle forme lievi e moderate, prevede un percorso complicato, che, di fatto, esclude un consistente numero di cittadini malati;

in tutti i paesi europei, da circa un anno e mezzo, è in commercio una nuova molecola (Amamentina) che viene rimborsata da tutti i Paesi dell'Unione per la cura

delle forme gravi poiché consente di contenere il processo degenerativo nella fase avanzata della malattia;

in quale modo il Ministero della salute intenda favorire l'accessibilità da parte dei malati di Alzheimer, e non solo di quelli facenti parte del progetto Cronos, ai farmaci indicati per i pazienti in fase lieve e moderata, consentendo la prescrizione di detti farmaci da parte dei medici di medicina generale e il controllo sull'andamento della malattia, da parte dei medici specializzati o attraverso i centri di valutazione, almeno ogni sei mesi —:

in quale modo il Ministero intenda procedere, attraverso la Commissione Unica del Farmaco, per la verifica scientifica clinica dell'efficacia dell'Amamentina, acquisendo, in stretta collaborazione con l'Agenzia Europea di valutazione dei medicinali, i dati a disposizione per il contenimento della malattia nello stadio grave, affinché tale farmaco possa essere commercializzato al più presto nel nostro Paese alleviando così la sofferenza dei malati e consentendone l'acquisto in Italia da parte delle loro famiglie costrette, già da tempo, a comprare tale medicinale, via internet, sul mercato europeo. (5-02965)

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

in Italia i malati di Alzheimer sono circa 600 mila e la loro incidenza assume sempre maggiore rilevanza nella nostra società considerato l'andamento demografico del Paese e il suo invecchiamento;

l'Associazione italiana malattia di Alzheimer sta attuando lo sciopero della fame per richiamare l'attenzione sulle necessità dei malati di Alzheimer;

i malati hanno formulato le loro richieste sia al Ministro che alla Commissione Unica del Farmaco chiedendo:

un piano terapeutico formulato sulle varie fasi della malattia, lieve, moderata, grave e severa;

la formulazione del piano terapeutico da parte delle unità di valutazione Alzheimer e degli specialisti sul territorio;

la distribuzione dei farmaci nelle farmacie aperte al pubblico;

il controllo del trattamento ogni sei mesi a cura dello specialista prescrittore o della unità di valutazione Alzheimer e sotto la sorveglianza del medico di base;

presso il Ministero è stato istituito un nucleo per affrontare le patologie neurodegenerative dell'Alzheimer, del Parkinson;

ad oggi i risultati di questo lavoro non sono ancora disponibili e ci sono grandi attese rispetto a tali patologie;

risultano inadeguate le risorse ad oggi stanziare per la ricerca di queste patologie —:

quali siano le risposte del ministro rispetto ai quesiti posti sull'Alzheimer dalla associazione e riportati nelle premesse e quali e quante risorse intenda il governo stanziare per la ricerca e per il sostegno alle famiglie e ai malati di patologie neurodegenerative. (5-02966)

*Interrogazione a risposta in Commissione:*

CARBONI, RAVA, TONINO LODDO, SORO, LADU e MAURANDI. — *Al Ministro della salute, al Ministro delle politiche agricole e forestali.* — Per sapere — premesso che:

la diffusione della *blue-tongue* ha generato una situazione di conflitto permanente tra ministeri competenti, servizio veterinario pubblico e allevatori per effetto dell'impiego del vaccino attivo sulle popolazioni ovine e bovine;

i Consigli Regionali in maggioranza si sono espressi a favore della sospensione delle vaccinazioni obbligatorie per avere

constatato che il vaccino attualmente usato a virus attenuato ha prodotto danni ingenti agli animali ai quali è stato inoculato;

l'uso dello stesso con diversi sierotipi darebbe luogo ad una sperimentazione estesa non priva di conseguenze dal momento che il virus vivo risulterebbe responsabile della diminuzione della lattazione e, a medio e lungo termine di danni quali: aborti, infertilità, ritardo e sfasamento delle fasi produttive, scadimento della qualità delle carni;

la ditta francese Merial ha sperimentato il vaccino inattivato, stando a quanto è stato riferito in una relazione scientifica presentata al convegno internazionale di Taormina sulla *blue-tongue* (24-26 ottobre 2003), e ha già messo sul mercato due milioni di dosi dello stesso;

il virus inattivato, a giudizio degli sperimentatori, susciterebbe una risposta anticorpale contro il virus infettante impedendogli di moltiplicarsi nell'organismo;

non solo, il vaccino inattivato si sarebbe dimostrato in grado di prevenire la malattia, intesa come comparsa di sintomatologia conclamata dell'infezione prevenendo la moltiplicazione del virus selvaggio proveniente dall'esterno;

la mancanza di rischio di effetti patogeni consentirebbe al vaccino di essere usato in qualsiasi stagione e sarebbe in grado di prevenire alla radice l'infezione attualmente in corso determinando la eradicazione vera e propria della malattia in Italia ed in Europa;

i livelli anticorpali e l'effettiva protezione della malattia si possono ottenere anche con una sola inoculazione, contrariamente a quanto avviene con il sistema attualmente in uso (richiamo dopo 15 giorni);

è stato reso noto che la Merial potrebbe fornire nel volgere di pochi mesi qualsiasi quantità di vaccino inattivato

richiesto anche per combattere i numerosi altri ceppi virali presenti nelle popolazioni ovicaprine del paese —:

se i Ministri interrogati siano al corrente dell'esistenza del vaccino inattivo prodotto dalla ditta francese Merial;

se hanno verificato la presenza tra i responsabili dei servizi zooprofilattici regionali di personale medico sanitario bene informato sugli effetti del vaccino in questione;

se le autorità competenti non ravvisino la necessità di acquisire la completa documentazione scientifica per consentire in tempi rapidi l'autorizzazione all'impegno del vaccino inattivo;

se non ritengano di sospendere temporaneamente per misura prudenziale le vaccinazioni obbligatorie attualmente prescritte onde poter percorrere una strada più idonea per la salvaguardia degli interessi generali della sanità veterinaria pubblica e degli allevatori. (5-02976)

*Interrogazioni a risposta scritta:*

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

con la legge finanziaria 2003 (articolo 57, legge n. 289, 27 dicembre 2002) è stata istituita la Commissione Unica sui Dispositivi Medici (CUD), con il compito di definire e aggiornare il repertorio dei dispositivi medici, di classificare tutti i prodotti in classi e sottoclassi specifiche con l'indicazione del prezzo di riferimento;

la CUD si è insediata il 17 dicembre 2003, e attualmente sta lavorando all'ipotesi di definire un repertorio dei dispositivi medici;

è preponderante, nella composizione della Commissione, la presenza di professionisti con esperienza nel settore farmaceutico, ma non in quello dei dispositivi medici;

nel decreto istitutivo della Commissione è già prevista la possibilità che, su proposta del Presidente, sia sviluppata una specifica attività istruttoria sul *technology assessment*;

la Commissione può invitare a partecipare alle sue riunioni esperti nazionali e stranieri —:

se non ritenga utile richiamare l'attenzione sul settore del *technology assessment*, che potrebbe dare un concreto contributo al lavoro della Commissione e, più in generale, alla razionalizzazione del sistema;

se non intenda, in quanto presidente della stessa, invitare alle riunioni della Commissione, in qualità di esperti, rappresentanti del sopra citato settore.

(4-09294)

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

da più parti è stato sollevato il problema della sicurezza del vaccino polivalente contro il morbo della « lingua blu », che il Ministero sta attualmente distribuendo; numerosi allevatori di ovini e bovini hanno rilevato effetti collaterali indesiderati e permanenti, quali perdita del latte e sterilità;

l'assessore alla Sanità della regione Sardegna Roberto Capelli, ha inviato nei giorni scorsi una lettera al Presidente della Conferenza Stato — regioni Enzo Ghigo, per sollecitare un confronto con il ministero a seguito delle preoccupazioni sollevate dal parere dell'Istituto superiore della sanità sul vaccino medesimo, parere per lungo tempo secretato, dal quale risulterebbe che esso non garantisce certezza terapeutica;

Stato e regione concedono il risarcimento per i capi perduti solo in caso di morte mentre nulla è previsto in termini di rimborso per gli effetti collaterali che rendono l'animale inutilizzabile sotto il profilo economico —:

se non intenda accogliere la richiesta della regione per un confronto sui temi legati al morbo della « lingua blu » ed ai suoi protocolli terapeutici;

se non intenda adottare le opportune iniziative affinché sia rifinanziato il fondo già previsto nella finanziaria per il 2004, provvedendo inoltre a modificare la normativa nel senso di prevedere la concessione di aiuti agli allevatori anche in caso di effetti collaterali tali da rendere l'animale colpito dal morbo economicamente inutilizzabile. (4-09296)

DELMASTRO DELLE VEDOVE. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

in forza dell'articolo 3, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 « per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del relativo onere alle unità sanitarie interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dell'interessato »;

in base all'articolo 2 comma 26, della legge 8 agosto 1995 n. 335 è disposto che, a decorrere dal primo gennaio 1996, sono tenuti all'iscrizione presso una apposita gestione separata, presso l'Inps, e finalizzata all'estensione della assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti, fra gli altri, anche i titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, di cui al comma 2, lettera a), dell'articolo 49 del Testo Unico delle imposte sui redditi decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917;

il precitato articolo 2 legge n. 335/1995 ha comportato, per il pubblico dipendente nominato direttore generale o direttore sanitario o direttore amministrativo e collocato in aspettativa, il versamento di contributi all'Inps per la parte del proprio compenso relativo al conferimento dell'incarico, eccedente la quota del trattamento stipendiale, mentre per il dipendente collocato in pensione tutto il compenso viene assoggettato ai contributi Inps;

l'articolo 3-bis, comma 11), del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 299, modificativo dell'articolo 3 del precitato decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, ha confermato il collocamento in aspettativa senza assegni ed il diritto al mantenimento del posto per i pubblici dipendenti, sancendo che il relativo periodo è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, stabilendo peraltro che le amministrazioni di appartenenza sono tenute ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali, comprensivi delle quote a carico del dipendente ma calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3 comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997 n. 181;

il disposto del citato comma 11 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 299/99 comporta pertanto, secondo quanto evidenziato anche dalla nota informativa INPDAP n. 2 del 5 gennaio 2000, un obbligo contributivo, a carico dell'amministrazione di appartenenza del dipendente collocato in aspettativa, rapportato all'intero trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nel limite massimale annuo di cui all'articolo 3 comma 7, decreto legislativo n. 181/97, con diritto a richiedere il rimborso all'Unità Sanitaria Locale o all'Azienda Ospedaliera interessata, la quale procede al recupero a carico dell'interessato;

conseguentemente, ai fini pensionistici, la retribuzione percepita a seguito del nuovo incarico, sempre nei limiti del

massimale contributivo sovra ricordato, concorrerà alla determinazione della quota di pensione di cui all'articolo 13, lettera a), del decreto legislativo n. 503/92 qualora rivesta natura di trattamento omnicomprensivo;

l'INPDAP, con nota informativa n. 4 del 15 gennaio 2002, ha altresì precisato che quanto disposto dal citato articolo 3-bis, comma 11, del decreto legislativo n. 299/99, si applica anche agli incarichi in corso all'atto dell'entrata in vigore del « Decreto Bindi » (31 luglio 1999) e qualora l'incarico sia conferito ad un iscritto della CPDEL, CPS, CPI, CPUG, non si applicherà, al calcolo di un eventuale trattamento di quiescenza, la limitazione prevista dall'articolo 29 della legge n. 153/81 (media ponderata);

viene chiarito dall'INPDAP che per dette figure professionali l'obbligo iscrittivo all'istituto non deriva dall'instaurarsi di un nuovo rapporto di lavoro, ma dalla continuazione di quello precedentemente esistente (che non si esaurisce con il collocamento del dipendente in aspettativa) per il quale già sussisteva l'obbligo di iscrizione;

attesa la premessa legislativa sovra evidenziata, occorre sottolineare come, dall'entrata in vigore del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, fino al 30 luglio 1999 si è verificato che alcuni dirigenti, a seguito della nomina a direttore generale o sanitario o amministrativo, abbiano richiesto il trattamento di quiescenza, che è stato liquidato sulla base del trattamento stipendiale in vigore presso gli enti di provenienza;

successivamente, a decorrere dal 1° gennaio 1996, in forza del disposto introdotto dalla legge 8 agosto 1995 n. 335, il compenso delle figure professionali di cui sopra è stato parzialmente o totalmente assoggettato alla contribuzione separata gestione Inps a seconda della posizione giuridica soggettiva del dirigente, se collocato in aspettativa senza assegni o cessato dal servizio di quiescenza;

appare evidente la inaccettabile disparità di trattamento nell'ambito applicativo del medesimo decreto legislativo n. 502/92 a seguito delle modifiche apportate dal decreto legislativo n. 229/99, tra chi ha potuto beneficiare di un trattamento di pensione calcolato sull'incarico conferito, con un notevole vantaggio rispetto a chi ha scelto di optare, in tempi non sospetti, e cioè prima dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 229/99, per il collocamento a riposo, con diritto a pensione, posizione certamente non compensata con il passaggio dell'assoggettamento del compenso percepito per l'incarico alla contribuzione Inps (legge n. 335/95) —:

se intenda adottare iniziative normative volte a prevedere che chi sia cessato dal servizio prima del 31 luglio 1999 percepisca un trattamento di quiescenza adeguato alla medesima data e possa ottenere una revisione della propria posizione pensionistica anche in ragione dei considerevoli aumenti contrattuali *medio tempore* intervenuti, in tal modo colmandosi il dislivello economico venutosi determinare e garantendosi, indipendentemente dalla data di cessazione del servizio, un trattamento pensionistico equilibrato per gli incarichi di direttore generale, amministrativo, o sanitario svolto.

(4-09303)

#### **Apposizione di una firma ad una mozione.**

La mozione Pistone e altri n. 1-00335, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 3 marzo 2004, deve intendersi sottoscritta anche dal deputato Di Serio D'Antona.

#### **Apposizione di firme ad una interpellanza.**

L'interpellanza urgente Rosso e altri n. 2-01109, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 9 marzo 2004, deve intendersi sottoscritta anche dai deputati: Crosetto, Pacini, Mondello, Verro.

#### **Apposizione di una firma ad una interrogazione.**

L'interrogazione a risposta in Commissione Olivieri n. 5-02963, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 9 marzo 2004, deve intendersi sottoscritta anche dal deputato Sandi.

#### **Ritiro di un documento di indirizzo.**

Il seguente documento è stato ritirato dal presentatore: mozione Spini n. 1-00319 del 12 febbraio 2004.

#### **Ritiro di documenti del sindacato ispettivo.**

I seguenti documenti sono stati ritirati dai presentatori:

interrogazione a risposta in Commissione n. 5-02915 del 25 febbraio 2004;

interrogazione a risposta orale Bellotti n. 3-03142 del 3 marzo 2004.

#### **Ritiro di una firma da una interpellanza.**

Interpellanza urgente Rosso e altri n. 2-01109, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 9 marzo 2004: è stata ritirata la firma del deputato Foti.