

spensabili risorse umane e materiali necessarie ad assicurare lo svolgimento delle funzioni che gli competono. (4-09812)

\* \* \*

### SALUTE

*Interrogazione a risposta orale:*

LISI, ALBERTO GIORGETTI, GRILINI, GIACOMO ANGELO ROSARIO VENTURA, CARRARA, ENZO BIANCO e BURTONE. — *Al Ministro della salute, al Ministro per gli affari regionali.* — Per sapere — premesso che:

*The Ageing Society* — Osservatorio della Terza Età (OTE) — attraverso il proprio segretario generale Roberto Messina, ha denunciato che:

la terapia del dolore, la cui utenza potenziale minima è stata valutata in 254.650 nuovi casi/anno, viene applicata solo al 10 per cento dei malati che ne avrebbero bisogno;

secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli analgesici oppioidi rappresentano i farmaci d'elezione per il trattamento sintomatico del dolore in malati allo stadio terminale e sono efficaci e sicuri nella gran parte dei casi (85-95 per cento);

secondo gli indicatori stabiliti dall'OMS il numero delle prescrizioni mediche relative ai farmaci contenenti oppiacei nel nostro paese rimane tra i più bassi in assoluto, ultimi in Europa e quintultimi nel mondo, con 150 prescrizioni medie giornaliere per milione di abitanti;

a livello europeo, sempre secondo gli stessi indicatori, nel 2002 sono state consumate 3 milioni di confezioni di farmaci anti-dolore, 12 volte in meno di Germania (35 milioni), 32 volte in meno di Francia (100 milioni), e 110 volte in meno della Danimarca;

come riportato dal Ministero della salute (Comitato sulle Cure Palliative) nel Piano Sanitario Nazionale (anno 2002-2004) che fa riferimento a dati ISTAT, in Italia muoiono ogni anno oltre 159 mila persone a causa di malattie neoplastiche e la maggior parte di esse, circa il 90 per cento (143 mila), necessita di un piano personalizzato di cura e assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua. Tale fase, definita comunemente « fase terminale », è caratterizzata, per la persona malata, da una progressiva perdita di autonomia, del manifestarsi del dolore, e da una sofferenza globale che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale, e tale da mettere spesso in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari;

il Tribunale dei Diritti per i Malati (TDM), nei comunicati del 4 aprile 2002, sosteneva e sostiene che il 45 per cento dei pazienti che ricorrono alle sue strutture, affermano di convivere con il dolore da più di un anno, il 33,1 per cento da almeno un anno;

in Italia 30 mila malati di cancro ogni giorno sono preda di dolore; dal 20 per cento al 50 per cento dei pazienti il dolore è già presente al momento della diagnosi, percentuale che cresce al 95 per cento nella fase avanzata. Il dolore è provocato da patologie diverse dal cancro nel 45 per cento dei casi;

la documentazione in materia di Terapia del Dolore, (legge 8 febbraio 2001, n. 12), realizzata sulla base delle linee guida dell'OMS ai governi nella « Terapia del dolore » (aprile 2000), articolata dalla Commissione Unica del Farmaco - Gruppo di lavoro sulla Terapia del Dolore, negli Orientamenti bioetica (documento approvato il 30 marzo 2001) afferma che: « nonostante si stimi che il dolore possa essere abolito, o almeno ridotto ad una intensità tollerabile, recenti dati statistici, riportano che negli ospedali italiani circa il 50 per cento dei degenti soffre di dolore non controllato;

al fine di facilitare la prescrizione e l'impiego dei farmaci oppiacei e di sup-

portare gli operatori sanitari è stata emanata l'8 febbraio 2001 la legge n. 12, corredata da diversi Decreti Applicativi, inoltre nell'articolo 1 (oggetto e finalità) recita: « Il Servizio Sanitario Nazionale assicura la somministrazione di idonee terapie antalgiche ai pazienti che presentino sintomatologie dolorose di particolare gravità e ai pazienti in fase terminale con sintomatologia dolorosa. »;

il più recente dei decreti applicativi emanati dal Ministero della salute è il decreto ministeriale del 4 aprile 2003 pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 7 del 10 gennaio 2004 al capoverso 11 recita: « Tutti i laureati in medicina e chirurgia e in medicina veterinaria, abilitati alla professione, devono ritirare il ricettario autocopiante presso la USL a cui fanno riferimento. »;

nonostante il richiamo del dottor Giuseppe del Barone Presidente del FNOMCeO (Federazione Degli Ordini dei Medici), che con la comunicazione n. 7 del 13 gennaio 2004 ha sollecitato i medici ai fini di una corretta applicazione della citata norma legislativa sottolineando la necessità che ogni medico debba essere in possesso del nuovo ricettario previsto dalla normativa, a tutt'oggi, i ricettari prescritti dalla norma risultano giacenti presso i magazzini del Ministero dell'Economia nella misura dell'82 per cento circa —

stante l'accertata non osservanza della legge 8 febbraio 2001, n. 12 e dei suoi decreti applicativi da parte di tutti i laureati in medicina e veterinaria, quali iniziative i Ministri interrogati intendano adottare affinché venga rispettata la piena osservanza della normativa in essere.

(3-03286)

*Interrogazioni a risposta scritta:*

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

l'opera di carità don Uva ha dichiarato lo stato di crisi economico-finanziaria con la conseguente necessità di procedere a licenziamenti;

il legale rappresentante dell'Opera di Carità don Uva di Bisceglie ha sottoscritto che l'Ente dal 1997 è inquadrato, ai fini previdenziali, nel settore dei Servizi e quindi non sono previsti gli ammortizzatori sociali della cassa integrazione guadagni e della mobilità (Piano d'Impresa 2003 — p. 15);

nel precedente Piano d'Impresa, si afferma in maniera più esplicita che non è configurabile un intervento C.I.G.S. non rientrando allo stato, la Congregazione nel campo di tale ammortizzatore sociale (Comunicazione della Superiora Gen. al Ministero del lavoro, p. 4/5);

l'istituto di Carità non ha documentato la ragione per la quale ha rinunciato in favore della regione Puglia a circa 120 miliardi delle vecchie lire (...rinuncia ad ogni pretesa da parte della C.D.P. fino al 31 dicembre 1999, con liberatoria,... quantificato in vecchie lire 118.882.816.656);

dal Piano d'Impresa 2003-2006 a p. 11, le spese inerenti il personale di Bisceglie e di Foggia ammontano ad un totale di 118.701.750.114 inerente a retribuzioni lorde, oneri contributivi netti, quota trattamento fine rapporto ed altre spese personale;

sembrerebbe che per circa 50 lavoratori sarebbero in atto attribuzioni patrimoniali *ad personam*, extracontrattuali il cui calcolo non è ancorato ad alcun metodo qui enunciabile, stante la personalità dell'attribuzione stessa;

la congregazione, richiede ancora finanziamenti dalle casse dello Stato, dopo aver incassato miliardi dalla regione Puglia, e dalla regione Basilicata;

gli ex folli e gli operatori sanitari beneficiari dell'articolo 64 della legge 833/78 (riforma sanitaria), sono stati, secondo l'interrogante, trattenuti dalle istituzioni pubbliche, in violazione della legge;

secondo l'interrogante sarebbe opportuna la nomina di un Commissario *ad acta* in quanto l'ente ecclesiastico è interdetto dall'assistenza in favore degli ex folli;

attualmente l'assenza del Commissario *ad acta* implica cessione di sovranità da parte delle istituzioni pubbliche, che pagano la convenzione in favore delle Ancelle della Casa Divina Provvidenza;

sarebbe, inoltre, opportuno il trasferimento presso strutture pubbliche per lungodegenti, così come previsto o avrebbe dovuto prevedere il Piano Sanitario Regionale e l'apertura della R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistita) di Troia, ultimata nel 1998, costata alla regione Puglia circa 10 miliardi di vecchie lire, e non ancora utilizzata per pastoie burocratiche —:

se gli aiuti di Stato richiesti dalla Casa Divina Previdenza sono un aiuto di Stato legittimo e conforme alle direttive comunitarie, o se, invece, sono un aiuto di Stato illegittimo, ed in contrasto alle direttive comunitarie. (4-09819)

PISAPIA. — *Al Ministro della salute, al Ministro della giustizia.* — Per sapere — premesso che:

l'articolo 11 della legge n. 354 del 1975, prevede l'organizzazione di un servizio di assistenza sanitaria all'interno delle carceri adeguato alle esigenze dei detenuti ed internati ristretti, e che per tale motivo è stato creato un apposito servizio integrativo di assistenza sanitaria e guardia medica nell'ambito di ogni istituto;

l'articolo 51 della legge n. 740 del 1970, prevede l'assegnazione di un numero congruo di medici che assicurino nelle 24 ore un servizio continuativo di guardia medica;

l'articolo 53 della citata legge prevede la creazione di un servizio di guardia infermieristica, avvalendosi dell'opera di infermieri professionali per l'intero arco delle 24 ore;

tali servizi dovrebbero essere garantiti per l'intero arco delle 24 ore a tutela e prevenzione di ogni evenienza clinica o traumatica;

giorno 16 ottobre 2003, presso la III Casa Circondariale di Rebibbia a Roma, il servizio medico d'urgenza ha subito un'interruzione di circa tre ore, lasciando i detenuti senza la prevista assistenza medica e con il solo infermiere che — notoriamente — non può sostituire il medico nelle sue funzioni;

l'episodio citato appare, secondo l'interrogante, ancor più grave se si considera il fatto che in quell'istituto risiedono soltanto tossicodipendenti per un programma intensivo di disintossicazione e riabilitazione dall'uso di sostanze stupefacenti, persone quindi particolarmente soggette ad una situazione di stress da impegno psicologico e, conseguentemente, esposte in particolar modo ad eventi critici;

ad opinione dell'interrogante, un servizio di guardia medica non può essere arbitrariamente sospeso per non identificate esigenze, tali da consentire un'interruzione con grave rischio per la salute dei detenuti —:

tali comportamenti, laddove sia dimostrata una reale corrispondenza ai fatti citati, possano essere di grave pregiudizio per la tutela dell'integrità fisica dei detenuti;

la presenza dell'infermiere professionale non può considerarsi sostitutiva del medico anche se solo per poche ore e, comunque, una reperibilità telefonica non può essere considerata equivalente o sufficiente in tali casi, e con quali limiti —:

se non ritenga che questi episodi, e numerosi altri segnalati anche dalle cronache, non siano imputabili al rilevante ritardo con cui il Governo non ha ancora adempiuto a quanto previsto nel decreto legislativo n. 230 del 1999, che prevedeva il trasferimento del personale sanitario del Ministero della Giustizia alle Regioni, anche in virtù delle mutate competenze in tema di sanità pubblica previste dalla modifica del Titolo V della Costituzione — e recentemente riaffermate in sede di prima lettura al Senato — e del disegno di legge costituzionale n. 2544 del 17 ottobre 2003;

quali provvedimenti intenda adottare per ovviare a quanto sopra esposto;

se vi siano stati eventuali ordini o autorizzazioni impartite da parte del suo Ministero, tali da permettere o prevedere l'interruzione di un servizio medico d'urgenza negli istituti penitenziari;

quali provvedimenti intenda adottare al fine di accertare il reale svolgimento dei gravi fatti esposti in premessa, e se quanto riportato sia prassi usuale anche in altri istituti di pena;

se in tutti gli istituti di pena è garantito il servizio di guardia medica sulle 24 ore, così come previsto dalle leggi citate in premessa;

quali provvedimenti intende adottare al fine di accertare le eventuali responsabilità di quanto accaduto. (4-09829)

#### **Apposizione di firme a risoluzioni.**

La risoluzione in Commissione Cima e altri n. 7-00403, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 1° aprile 2004, deve intendersi sottoscritta anche dai deputati: Pacini, Paoletti Tangheroni.

La risoluzione in Commissione Calzolaio e altri n. 7-00407, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 6 aprile 2004, deve intendersi sottoscritta anche dai deputati: Paoletti Tangheroni, Naro.

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

L'interpellanza urgente Zanotti e altri n. 2-01168, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 20 aprile 2004, deve intendersi sottoscritta anche dal deputato Chiaromonte.

#### **Apposizione di firme ad interrogazioni.**

L'interrogazione a risposta in Commissione Foti n. 5-02579, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 6 novembre 2003, deve intendersi sottoscritta anche dal deputato Ramponi.

L'interrogazione a risposta scritta Rosato e Maran n. 4-09792, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 21 aprile 2004, deve intendersi sottoscritta anche dal deputato Sandi.

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

I seguenti documenti sono stati ritirati dai presentatori:

interrogazione a risposta in Commissione Molinari n. 5-02903 del 24 febbraio 2004;

interrogazione a risposta orale Zanotti n. 3-03246 del 31 marzo 2004;

interpellanza Deiana n. 2-01151 del 1° aprile 2004;

interrogazione a risposta orale Deiana n. 3-03266 del 19 aprile 2004.

#### **ERRATA CORRIGE**

Interrogazione a risposta scritta Alfonso Gianni e altri n. 4-09786 pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta n. 454 del 21 aprile 2004. A pagina 13805, seconda colonna, dalla quarta alla quinta riga, deve leggersi: « Touati, che peraltro conoscerebbe personalmente uno degli ostaggi italiani, ha » e non « Tonati, che peraltro conoscerebbe personalmente uno degli ostaggi italiani, ha », come stampato.