

di fatto, con la riduzione dell'indice da 1,50 a 1,25 e con l'introduzione di criteri più restrittivi per la certificazione (esposizione a 100 Fibre/litro per otto ore giornaliere e per almeno 10 anni), si è resa particolarmente difficile l'applicazione delle norme a tutela dei lavoratori;

tale normativa rischia di penalizzare i lavoratori del cementificio Colacem di Galatina, i quali invece, ad avviso dell'interrogante, hanno tutti requisiti per ottenere i benefici previdenziali previsti dalla legislazione —

quali iniziative intenda adottare il Ministro interrogato per consentire il riconoscimento del pensionamento anticipato ai lavoratori della Colacem di Galatina, la cui pratica è attualmente alle valutazioni degli uffici regionali pugliesi dell'INAIL per i richiesti pareri ai sensi della legge n. 257 del 1992. (5-03683)

* * *

SALUTE

Interrogazione a risposta in Commissione:

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

l'articolo 13 della Costituzione riconosce l'invulnerabilità della libertà personale, nel cui ambito deve ritenersi ricompresa anche la libertà di salvaguardare la propria salute ed integrità fisica, escludendo ogni restrizione, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e con le modalità previsti dalla legge;

l'articolo 32, comma 2 della Costituzione specifica che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, la quale non può, in ogni caso, violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana;

tali principi trovano ulteriore specificazione nell'articolo 33 della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario

nazionale, che stabilisce che gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari; qualora previsti, i trattamenti sanitari obbligatori devono comunque rispettare la dignità della persona, i diritti civili e politici, compreso, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura;

l'articolo 33, comma 3 della legge n. 833 del 1978 aggiunge inoltre che gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato; in ogni caso, è riconosciuto il diritto a rivolgere una richiesta di revoca o di modifica avverso il provvedimento con il quale è stato disposto il trattamento sanitario obbligatorio;

la stessa Corte costituzionale (sentenza n. 258 del 1994), intervenendo sul problema del rapporto coercizione-volontarietà in riferimento ai trattamenti sanitari, ha individuato tre circostanze in cui la legge impositiva di un trattamento sanitario obbligatorio non è incompatibile con l'articolo 32 della Costituzione *a)* se il trattamento è diretto non solo a migliorare o preservare lo stato di salute dell'individuo che vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute della collettività; *b)* se il trattamento non incide negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, fatte salve quelle sole conseguenze che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario; *c)* se, nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio, è stata prevista la corresponsione di un'equa indennità in favore del danneggiato;

anche la Corte di Cassazione si è soffermata in più occasioni sull'obbligo del consenso ai trattamenti sanitari, specificando (Cass. Civ., 15 gennaio 1997, n. 364) che esso presuppone una specifica informazione su quanto forma oggetto del trattamento sanitario, sulla portata dell'intervento, sugli effetti conseguibili ed anche sui rischi prevedibili (ad esclusione dei soli

esiti anomali) ad esso connessi; in particolare, l'obbligo di informazione si estende anche ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative, in modo che il paziente possa orientarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili;

il problema della volontarietà-obbligatorietà dei trattamenti sanitari obbligatori sembra tuttavia complicarsi nel caso in cui il soggetto sottoposto alla prestazione sanitaria sia un minore di età: in tale circostanza, infatti, la tutela della libertà personale non può essere perseguita attraverso la richiesta del consenso del minore che, in quanto incapace d'agire, non può esprimere una volontà giuridicamente vincolante, sicché sono di regola i genitori ad esprimere il consenso nel suo interesse;

tale intervento degli esercenti la potestà genitoriale non è, tuttavia, privo di sindacato esterno: la Corte costituzionale, con la sentenza n. 132 del 1992, si è espressa a favore dell'applicabilità degli articoli 333 e 336 del codice civile nel caso in cui i genitori si oppongano all'attuazione della vaccinazione antipoliomielitica dei bambini, affermando che « la vaccinazione — o qualunque altro trattamento sanitario attuato nei confronti del bambino non ancora capace di intendere e di volere — non è configurabile quale trattamento coattivo né quando sia attuata dai genitori, o su loro richiesta, né quando sia disposta, in loro sostituzione ed anche contro la loro volontà, dal giudice dei minori »;

recenti casi di cronaca hanno testimoniato una tendenza della magistratura a ricorrere allo strumento di cui all'articolo 333 del codice civile per imporre nei confronti di minori, contro la volontà dei rispettivi genitori, trattamenti sanitari non qualificati come obbligatori dalla legge e non ritenuti assolutamente risolutivi ai fini del miglioramento della stato di salute del minore;

in particolare, si segnala il recente caso di Aurora Gjoka, di otto mesi, « sequestrata » presso l'ospedale Regina Mar-

gherita di Torino per trapianto di fegato perché i genitori non avevano acconsentito a sottoporre la bambina ad un nuovo intervento, dopo l'intervento al fegato per atresia delle vie biliari già subito ad un mese di vita presso l'Ospedale di Alessandria;

episodi come quello di Aurora Gjoka sollevano un interrogativo di fondo sulla legittimità del potere discrezionale della magistratura di sostituirsi ai genitori imponendo ai figli minorenni determinati trattamenti sanitari, in primo luogo trapianti, anche se questi non sono ritenuti obbligatori dalla legge e anche se, dal punto di vista medico, non vi è assoluta certezza circa la natura risolutiva del trattamento imposto —:

quale sia l'orientamento politico del Governo in merito al fenomeno in esame, specificando se, eventualmente avvalendosi della Commissione nazionale di Bioetica, non sia opportuno un ripensamento dell'attuale disciplina sul rapporto tra obbligatorietà e volontarietà nella sottoposizione dei minori ai trattamenti sanitari, alla luce delle conoscenze mediche e scientifiche disponibili e dei principi di rispetto della dignità e della libertà personale dei cittadini. (5-03685)

Interrogazioni a risposta scritta:

BATTAGLIA. — *Al Ministro della salute, al Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca.* — Per sapere — premesso che:

i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) il Sistema di Emergenza Territoriale facenti capo al numero unico di allarme sanitario 118 sono istituiti dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 e disciplinati dall'atto di intesa Stato-Regioni in forma di Linee Guida pubblicate sulla *Gazzetta Ufficiale* del 17 maggio 1996;

il Ministero della Sanità ha identificato una nuova disciplina per i servizi di Pronto Soccorso-Accettazione (decreto del

Presidente della Repubblica 484 del 1997 articolo 4 pt. 13) denominata Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza, collocandola in Area Medica e delle Specialità Mediche: in questa disciplina sono espletati i concorsi per l'accesso alla dirigenza medica e sono conferiti gli incarichi di direzione di struttura complessa;

tra le specialità mediche richieste per l'accesso all'area (decreto ministeriale 30 gennaio 1998 e successive modificazioni) le specialità in Medicina d'urgenza-pronto soccorso così come l'indirizzo in medicina d'urgenza della specialità in Medicina interna sono state abolite dagli ordinamenti universitari per incompatibilità con la normativa europea, che ha abrogato il concetto stesso di « indirizzo »;

a fronte di competenze mediche specifiche richieste per il potenziamento degli aspetti organizzativi dei sistemi di urgenza-emergenza, in Italia ancora non esiste un percorso formativo universitario definito, nonostante la Medicina d'Emergenza sia stata accolta e riconosciuta dalla Comunità Europea e inserita nella tabella ufficiale delle specialità mediche come specialità di prima fascia (durata cinque anni) col nome di *Accident And Emergency Medicine* (Delibera legislativa CEE n. 39810063, articolo 27 della direttiva 93/16/EEC);

l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza risponderebbe ad esigenze scientifiche, cliniche ed organizzative della formazione medica specialistica in rapporto alle reali necessità dell'attuale organizzazione della Sanità e dei bisogni dei cittadini, oltre che a quanto stabilito dall'Unione europea;

la Sezione II del Consiglio Superiore di Sanità è stata invitata dal Ministero a discutere della scuola di specializzazione di Medicina d'Emergenza-Urgenza per esaminare la definitiva collocazione giuridica dei medici del territorio che operano sulle ambulanze del 118, al momento attuale privi di un diploma e di una specializzazione riconosciuta dallo Stato;

al CSS, per i medici del territorio, e quindi per i medici operanti nell'ambito del 118, sembra emergere la proposta di una scuola di specializzazione in medicina generale e, dopo il terzo anno, un *master* professionalizzante della durata di un ulteriore anno, sebbene tali *master* possano essere effettuati soltanto da coloro che hanno già la specializzazione; per i medici operanti nelle strutture ospedaliere si propone invece la scuola di specializzazione in Medicina Interna con indirizzo in Medicina d'Urgenza;

la proposta di una scuola, contrariamente a quanto era stato inizialmente previsto, sembrerebbe dunque venire esclusa dal percorso comune, percorrendo un iter a sé stante rispetto a quello previsto per le altre scuole di specializzazione;

alla luce di queste ultime vicende, per il 17 novembre prossimo il Ministro della salute ha convocato una commissione che dovrà inevitabilmente prendere in esame la proposta di inserire nelle tabelle delle specialità anche quella in medicina di emergenza —:

se intendano portare a compimento il processo di istituzione della specialità come previsto in sede europea. (4-11592)

GIORDANO e VALPIANA. — *AL Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

l'Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Catanzaro con proprio atto Aziendale del luglio 2001 ha approvato la riconversione dell'Ospedale « S. Biagio » di Chiaravalle (Catanzaro), in una struttura per la riabilitazione neuro-motoria, cardiologica e respiratoria;

il suddetto atto è stato ratificato dalla Conferenza dei Sindaci;

l'atto d'indirizzo approvato con decreto del Ministero della Salute 21 maggio 2002, prot.100/SCPS/17.6772, con proprio decreto, indica tra le opere da realizzare a cura e carico dell'I.N.A.I.L. la riconver-

sione del complesso ospedaliero di Chiaravalle Centrale in struttura per la riabilitazione cardiologica, respiratoria e neuro-motoria, per un costo previsto di euro 7.746.853 comprensivo delle spese di ristrutturazione;

la Giunta Regionale della Calabria con deliberazione del 4 novembre 2002, n. 980, condivideva, anche ai fini del redigendo sanitario regionale, il progetto di riconversione;

nel luglio del 2003, le linee generali del progetto sono state presentate in una conferenza tenuta nell'Ospedale di Chiaravalle, alla presenza del presidente dell'Inail, senatore Mungari e dell'Assessore regionale alla Sanità della Calabria, dottor Gianfranco Luzzo;

in quell'incontro sono state giustamente enfatizzate la valenza regionale del progetto e la conservazione dei servizi essenziali (medicina, lungo-degenza, chirurgia, radiologia, dialisi, laboratori, servizio d'emergenza);

da quella data non vi è stato nessun segnale di avvio della progettazione della riconversione;

il 6 novembre scorso si è tenuta una manifestazione di protesta di tutta la popolazione di Chiaravalle e di tutto il circondario per il rispetto degli accordi intercorsi tra l'Inail e la Regione Calabria —

se non ritenga necessario attivare i poteri sostitutivi *ex* articolo 120, comma due, della Costituzione nei confronti della Regione Calabria considerando che sono oramai trascorsi tre anni dallo stanziamento dei fondi, senza che sia iniziata sino ad oggi la riconversione dell'Ospedale « S. Biagio » di Chiaravalle (Catanzaro). (4-11596)

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

la soluzione adottata per il ripiano dello sfioramento del tetto di spesa, ai sensi del decreto-legge n. 156 del 2004, conver-

tito nella legge n. 202 del 2004, e consistente in una riduzione del margine dell'industria farmaceutica sui medicinali rimborsabili presenta alcuni problemi applicativi che rischiano di vanificarne gli effetti;

in particolare, risulterebbe che alcune aziende produttrici, con diverse motivazioni, non praticano lo sconto del 6,80 per cento sulla loro quota di spettanza (pari al 4,12 per cento sul prezzo al pubblico) su medicinali classificati come rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale;

ciò avverrebbe anche in presenza di un'ordinanza del TAR del Lazio che ha respinto l'istanza di sospensiva formulata da un'azienda farmaceutica;

la conseguenza di tale comportamento, determinato dall'assenza di sanzioni a carico delle aziende inadempienti, è che le farmacie non sono in grado di riversare — né al SSN, né ai cittadini che acquistano tali farmaci di tasca propria — lo sconto dovuto dalle aziende;

le farmacie, peraltro, rischiano di vedersi addebitare dalle ASL lo sconto non corrisposto. Il risultato non potrà che essere quello dell'apertura di un contenzioso, potenzialmente esteso a tutto il territorio nazionale, tra singoli titolari di farmacie e ASL;

in questo contesto, già piuttosto confuso e caratterizzato da scarsa trasparenza, rischia di inserirsi un ulteriore meccanismo di sconti che, nelle intenzioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco, dovrebbe riguardare unicamente i medicinali che hanno fatto registrare aumenti di fatturato superiori alla soglia prestabilita. Tali sconti andrebbero ad aggiungersi a quello generalizzato del 4,12 per cento applicato ai medicinali rimborsabili;

questa nuova misura rischia di amplificare gli effetti perversi sopra evidenziati —:

se sia a conoscenza del fatto che alcune aziende si sottraggono al pagamento dello sconto dovuto sui medicinali;

quali iniziative intenda adottare affinché le aziende in questione siano indotte a rispettare la legge e a versare il contributo previsto ai sensi del decreto-legge n. 156 del 2004;

se corrisponda al vero che l'Agenzia del Farmaco stia elaborando un nuovo sistema di sconti sui medicinali che hanno determinato consistenti incrementi di spesa e, in tal caso, quali modalità siano state previste per assicurare che tale intervento garantisca un risultato economico certo e la massima trasparenza. (4-11600)

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

la prima sezione del Consiglio di Stato, in data 17 marzo 2004, in relazione al quesito del Ministero della Salute, riguardante l'eventuale obbligatorietà dell'iscrizione ai rispettivi albi professionali dei sanitari dipendenti da amministrazioni pubbliche, ha specificato che l'obbligatorietà dell'iscrizione è affermata da alcune decisioni della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, da un parere del Consiglio di Stato, da sentenze della corte di cassazione;

questo indirizzo riposa sulla considerazione che l'obbligo di iscrizione non è correlato allo *status* lavorativo, ma alla circostanza oggettiva dell'esercizio dell'attività professionale ed alla soggezione che ne deriva alle norme che costituiscono la deontologia professionale;

sempre la prima sezione del Consiglio di Stato, alla stessa data, ha specificato, però, che di recente la Corte di Cassazione (sezione VI, 1° luglio 2003 n. 28306) si è espressa nel merito in senso negativo, richiamandosi all'articolo 3 del decreto-legislativo del capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, che attribuisce al consiglio dell'ordine il potere di disciplinare nei confronti dei soli « sanitari liberi professionisti » (comma 1, lettera *f*) all'articolo 10 dello stesso decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato secondo il quale « i sanitari che siano im-

piegati in una pubblica amministrazione ed ai quali... non sia vietato l'esercizio della libera professione, possono essere iscritti all'albo », all'articolo 13 del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, il quale afferma che « l'iscrizione all'albo dà diritto al libero esercizio della professione in tutto il territorio della Repubblica »;

la prima sezione del Consiglio di Stato condivide esplicitamente la conclusione cui è pervenuta la Corte di Cassazione nella sentenza citata;

sempre secondo la prima sezione del Consiglio di Stato dalle indicazioni fornite dalle norme citate emerge « con chiara evidenza che l'iscrizione all'ordine professionale è obbligatoria per i liberi professionisti, facoltativa per coloro che esercitano la professione alle dipendenze di amministrazioni pubbliche » aggiungendo la considerazione che per la quasi generalità delle professioni l'iscrizione all'albo è vietata agli impiegati pubblici (fra le altre, sulla professione di ingegnere ed architetto, l'articolo 7 del R.D. 23 dicembre 1925, n. 2537; sulla professione di geometra, l'articolo 7 del R.D. 11 febbraio 1929, n. 271; sulla professione di attuario, l'articolo 6 della legge 9 febbraio 1942, n. 194; sulla professione di commercialista, l'articolo 3 del R.D. 27 ottobre 1953, n. 1067; sulla professione di ragioniere e perito commerciale, l'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 ottobre 1953, n. 1066; sulla professione di geologo, l'articolo 2 della legge 3 febbraio 1963, n. 112);

secondo il parere della prima sezione del Consiglio di Stato, essendo questo il quadro normativo di riferimento, si comprende come la giurisprudenza abbia potuto attribuire « valenza meramente descrittiva al dissonante disposto dell'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, secondo il quale appartengono al ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale i dipendenti iscritti ai rispettivi ordini professionali »;

in ogni caso, dalle norme contenute nel citato decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, alle quali faceva riferimento il Parere del Consiglio di Stato n. 330 del 1999, è stata prevista la disapplicazione dall'articolo 52, comma 1, lettera *d*) del contratto collettivo nazionale del lavoro 20 settembre 2001;

come esplicitato infine ancora dalla prima sezione del Consiglio di Stato, sempre in data 17 marzo 2004, « resta da osservare, con riferimento alle norme di cui è fatta menzione nella relazione dell'amministrazione, che l'articolo 1, lettera *d*), del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483, e l'articolo 2, lettera *d*), del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 2001, n. 220, concernenti la disciplina di accesso nei ruoli del personale sanitario del servizio sanitario nazionale, vanno interpretati, secondo il corretto impiego dei canoni di ermeneutica giuridica, in modo coerente con le indicazioni desumibili dal sistema generale in cui sono inserite. Sicchè deve ritenersi che il requisito dell'iscrizione all'albo professionale in essi previsto si riferisca ai soli candidati che non siano già dipendenti del Servizio sanitario e sia necessario soltanto ai fini dell'ammissione alla procedura concorsuale. Questa interpretazione, d'altra parte, vale anche ad evitare riflessi sotto il profilo della legittimità delle norme citate, che, avendo natura regolamentare, devono uniformarsi alla disciplina posta dalle fonti primarie;

la prima sezione del Consiglio di Stato ha espresso infine il parere esplicito, secondo cui allo stato della legislazione l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo riguarda soltanto i liberi professionisti, non

pure i sanitari dipendenti pubblici, salvo che non siano autorizzati ad esercitare anche la libera professione;

il collegio provinciale di Cagliari dell'Ipasvi a quanto risulta all'interrogante, avrebbe dato mandato, nelle scorse settimane, ad una società di recupero crediti per la costituzione in mora per diversi dipendenti pubblici in relazione a quote associative obbligatorie impagate —:

se tale procedura possa risultare alla luce del parere particolarmente articolato della prima sezione del Consiglio di Stato di cui sopra e dell'attuale giurisprudenza in vigore corretta e sostenibile. (4-11609)

Trasformazione di un documento del sindacato ispettivo.

Il seguente documento è stato così trasformato su richiesta del presentatore: interrogazione a risposta scritta Cola n. 4-11546 del 9 novembre 2004 in interrogazione a risposta orale n. 3-03909.

ERRATA CORRIGE

Interpellanza urgente Catanoso e altri n. 2-01358 pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta n. 543 del 10 novembre 2004. Alla pagina 16257, seconda colonna, alla dodicesima riga, deve leggersi: « come ampiamente riportato dall'agenzia di stampa aeronautica "Avionews", i lavori per la realizzazione della via » e non « i lavori per la realizzazione della via », come stampato.