

*POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI**Interrogazione a risposta scritta:*

DI GIOIA. — *Al Ministro delle politiche agricole e forestali.* — Per sapere — premesso che:

l'intera regione Puglia, ed in particolare il territorio della provincia di Foggia, ha subito, per l'annata agraria 2004, una grave crisi vitivinicola a causa delle condizioni climatiche che hanno prodotto fitopatie sui vigneti, determinando la distruzione della produzione a causa dell'umidità e delle piogge primaverili;

tali condizioni climatiche non hanno consentito interventi di prevenzione e cure fitofarmacologiche degli impianti;

tale crisi ha determinato fenomeni speculativi e gravi problemi tra i produttori e i lavoratori che si sono visti privati di entrate decisive per i loro redditi;

non va dimenticato, inoltre, che il settore vitivinicolo e viticolo ha sempre avuto, nella provincia di Foggia, un ruolo importante e trainante nell'intero comparto agricolo —:

quali provvedimenti intenda adottare, per quanto di competenza, in coordinamento con la regione Puglia e il Commissario europeo per l'agricoltura a sostegno della produzione viticola pugliese;

se non ritenga necessario adottare iniziative volte a prevedere un aumento del fondo per le calamità che, a fronte di una situazione sempre più difficile visto l'evolversi negativo delle condizioni climatiche, ha subito, al contrario, tagli consistenti;

come s'intenda intervenire, a fianco degli operatori del settore, per fermare l'ondata speculativa attualmente in corso e per sostenere le cooperative e le cantine sociali, ad esempio della Capitanata, che stanno vivendo una crisi profonda proprio nel momento in cui erano im-

peginate in importanti progetti d'innovazione e di ricerca di una maggiore qualità produttiva. (4-11695)

* * *

*SALUTE**Interrogazioni a risposta scritta:*

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

con determinazione 29 ottobre 2004 dell'Agenzia italiana del farmaco « Note AIFA 2004 », pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* 4 novembre 2004, si è proceduto ad una revisione delle note CUF relative alla classificazione dei medicinali autorizzati all'immissione in commercio per l'individuazione di quelli erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 24 dicembre 1993, n. 537;

tale provvedimento stabilisce che i principi attivi con i relativi medicinali, attualmente commercializzati siano rimborsati dal Servizio sanitario nazionale alle condizioni indicate nelle note riportate nell'allegato 3;

la nota 13 concerne la prescrizione di farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale limitata ai pazienti affetti da dislipidemie familiari, da ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta, ipertrigliceridemia non corretta dalla sola dieta e da altre misure non farmacologiche;

in relazione alle dislipidemie familiari, che sono malattie su base genetica a carattere autosomico caratterizzate da elevati livelli di alcune frazioni lipidiche del sangue e da una grave insorgenza di malattia coronaria, nella nota 13 sono inserite forme non diagnosticabili come la carenza epatica, mentre non sono citate numerose forme ben riconosciute;

per quanto concerne l'ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta la frase

« Rischio di un primo evento cardiovascolare maggiore » è esplicitata nel dispositivo della nota come « Rischio a 10 anni > 20 per cento in base alle Carte del rischio del progetto cuore dell' Istituto superiore della sanità »;

a parere dell'interrogante, sul piano sostanziale va rilevato come la decisione di collocare al 20 per cento nei dieci anni successivi il livello di rischio oltre il quale si attiva il regime di rimborso non appaia in sintonia con le più recenti evidenze dei *trials* di intervento e comporti una netta riduzione (stimabile approssimativamente nel 50 per cento) dei soggetti trattabili in base alla nota 13 precedentemente in vigore, che pertanto perderebbero la rimborsabilità;

l'equiparazione della malattia diabetica alla prevenzione secondaria, pur supportata da alcuni studi epidemiologici introduce, secondo le stesse carte ISS cui la nota fa riferimento, una pregiudiziale sfavorevole nei confronti dei soggetti non diabetici dal momento che tali soggetti non beneficerebbero della possibilità di ottenere una statina di rimborso nonostante il loro rischio assoluto sia nettamente maggiore rispetto a quello di molti soggetti affetti da malattia diabetica e ai quali la statina stessa potrebbe invece essere prescritta gratuitamente;

in relazione alla ipergliceridemia non corretta dalla sola dieta e da altre misure non farmacologiche, limitatamente ai soggetti con pregresso infarto del miocardio, la decisione di limitare l'impiego degli omega 3, in prevenzione secondaria, ai soli soggetti con ipertrigliceridemia appare scientificamente irrazionale in quanto lo studio GISS Prevenzione mostra come l'impiego di tali prodotti, alla dose di un grammo al giorno, e indipendentemente dalla trigliceridemia, riduca il rischio di eventi cardiovascolari fatali, essenzialmente per una riduzione di circa il 50 per cento del rischio dei soggetti trattati di incorrere in una morte improvvisa;

va sottolineato che la maggior parte dei soggetti con caratteristiche analoghe a

quelle degli individui indicati nello studio GISS Prevenzione, pertanto, non potrebbe beneficiare delle opportunità preventive offerte dal trattamento con questi farmaci;

nella citata nota 13, « modulazioni e criteri applicativi », la modulazione verso il basso del rischio nel caso di controllo farmacologico o non farmacologico di obesità, ipertensione e diabete non appare supportata dai risultati degli studi di intervento, le evidenze relative alla riduzione del rischio cardiovascolare a seguito del controllo dell'obesità sono di fatto assenti, mentre per quanto riguarda la malattia diabetica sono limitate e per quanto concerne il trattamento dei valori pressori elevati documentano l'incompleta reversibilità del rischio;

sarebbe invece opportuno sottolineare come esistano condizioni in cui il rischio andrebbe modulato verso l'alto, come nel caso della Sindrome Metabolica, una patologia emergente e segnalata da tutte le istituzioni sanitarie internazionali come ad alto rischio cardiovascolare;

va altresì sottolineato come la nota nulla dica a proposito dei soggetti in prevenzione primaria il cui rischio non possa essere stimato mediante le carte di rischio dell'ISS (esempio i soggetti di età superiore a 70 anni che rappresentano oltre il 50 per cento dei pazienti);

inoltre, nella bibliografia di riferimento della nota 13, è incluso uno studio (il VAHIT) che ha dimostrato l'efficacia di fibrati nella riduzione del rischio in soggetti con precedente infarto, ma tali farmaci non sono inclusi in quelli rimborsabili ai soggetti per la prevenzione secondaria —;

se corrisponda al vero che molti cittadini, in virtù della variazione del metodo usato per il calcolo del rischio, perderanno il rimborso dei farmaci finora assunti in base alla nota precedente e come intenda il Ministro intervenire a tal proposito;

dal momento che la nuova formulazione della nota 13 appare restrittiva in relazione all'impiego delle statine, degli omega 3 e dei fibrati, se non ritenga opportuno una modifica di tale nota per consentire un impiego di questi farmaci rimborsabili anche in molte altre situazioni in cui l'uso sarebbe appropriato, al fine di evitare una discriminazione tra pazienti affetti da diverse patologie ugualmente esposti a rischio di malattie cardiovascolari e al fine di evitare un possibile aumento di incidenza di eventi in realtà prevedibili. (4-11686)

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

il Sistema di Emergenza Sanitaria è un sistema integrato territorio-ospedale, articolato in due fasi extraospedaliera ed ospedaliera, che fornisce risposte efficaci ed appropriate ad eventi acuti non prevedibili e non differibili che, dato l'elevato rischio per la salute del cittadino, richiedono interventi sanitari immediati e di alta qualità professionale. L'obiettivo di questo sistema è quello di ridurre i tempi di intervento, di stabilizzare e centralizzare verso l'ospedale più idoneo il paziente in imminente pericolo di vita e di applicare efficaci ed omogenei protocolli diagnostico-terapeutici;

il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 ha previsto i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, e l'Atto di intesa Stato-Regioni 1996 (*Gazzetta Ufficiale* del 17 maggio 1996) testualmente recita: «... i D.E.A. di I e II livello comprendono le funzioni svolte dalle UU.OO. di Pronto Soccorso ed Accettazione, osservazione e breve degenza, nonché di Medicina di Urgenza, ove prevista dalla programmazione regionale... »;

il decreto del Presidente della Repubblica n. 484 del 1997 (articolo 4, punto 13) istituisce, nell'area medica e delle specialità mediche, la disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, con

lo scopo di configurare in modo omogeneo vari settori di attività oggi presenti nel panorama nazionale, « facendoli confluire e ricomprendere » nella nuova disciplina in un periodo di cinque anni (decreto ministeriale 30 gennaio 1998);

il decreto ministeriale 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni, tra le specialità mediche richieste per l'accesso all'area della emergenza-urgenza ha abolito dagli ordinamenti universitari le specialità in Medicina di urgenza e pronto soccorso, così come l'indirizzo in medicina d'urgenza della specialità in Medicina interna, per incompatibilità con la normativa europea;

l'articolo 8 comma 1-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come successivamente modificato ed integrato dai decreti legislativi n. 517 del 1993, n. 229 del 1999 e n. 254 del 2000, dispone l'individuazione, da parte delle Regioni, delle aree di attività della Emergenza Sanitaria Territoriale ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza medica dei medici convenzionati addetti a tale attività;

la direttiva della Unione Europea 398L0063 del 15 settembre 1998 e la successiva delibera legislativa CEE n. 39810063 articolo 27 *of directive* 93/16/EEC del 21 agosto 2000 della Commissione europea riconosce la specializzazione in *Accident emergency medicine* come specializzazione di prima fascia (cinque anni);

spetta alla medicina d'emergenza il primo inquadramento diagnostico sia *intra* che *extra* ospedaliero e il primo trattamento delle urgenze mediche, chirurgiche e traumatologiche;

la Medicina di Emergenza ha contenuti scientifici ed organizzativi che configurano una specialità medica a sé stante specifica per la formazione dei medici che operano nei DEA, nei PS e nella Emergenza Sanitaria Territoriale;

la conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 maggio 2003 (Repertorio atti

n. 1711 del 22 maggio 2003) nel dettare le linee guida sulla formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza fa esplicito riferimento ad una formazione specialistica specifica sull'emergenza come avviene per altre specialità... l'obiettivo generale è rappresentato dalla qualità delle cure mediante l'integrazione funzionale ed operativa di ogni settore del sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria;

la commissione parlamentare di inchiesta del Senato sul Sistema Sanitario (Settore di indagine: Stato di Attuazione dei Servizi di Emergenza, relatore sen. D. De Anna) ha prodotto un documento approvato nella seduta n. 49 del 17 giugno 1999 nel quale è indicata la necessità di dare ai medici addetti ai servizi d'urgenza-emergenza una propria formazione specialistica;

il CUN (Consiglio Universitario Nazionale) l'8 novembre 2002 ha approvato all'unanimità la necessità di istituire la scuola in Medicina di Emergenza ed una successiva sottocommissione ha approvato sempre all'unanimità in data 12 gennaio 2004 l'ordinamento ed il preambolo della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza (Scuola di Area Medica) da inviare al MIUR;

il MIUR non ha mai ricevuto dal CUN la suddetta documentazione, pertanto nella bozza di riforma delle scuole di area sanitaria licenziata dal MIUR la nuova specializzazione non compare;

la II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità riunitasi in data 28 ottobre 2004, non avendo ricevuto dal MIUR nulla in merito alla richiesta di istituzione della Specializzazione in Medicina di Emergenza non ha potuto esprimere un parere; anche se ha ipotizzato un percorso formativo non conforme alle direttive della Unione europea, riproponendo le specialità in Medicina di urgenza e pronto

soccorso, e l'indirizzo in medicina d'urgenza della specialità in Medicina interna, già abolite dagli ordinamenti universitari per incompatibilità con la normativa europea;

al momento è prevista, per il giorno 17 novembre 2004, una riunione al Ministero della Salute per esprimere un parere in merito all'istituzione della scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza. Un parere favorevole del Ministro potrebbe finalmente sbloccare tutta la documentazione attualmente «ferma» al CUN;

il Ministro della Salute non ha sollevato alcuna obiezione alla istituzione della specializzazione in Medicina di Emergenza, ma anzi la ritiene necessaria, e dichiara di adoperarsi affinché si ottenga al più presto in Italia la scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza;

sia lo Stato che gli organi accademici direttamente coinvolti si dichiarano favorevoli, ma ciononostante l'iter procedurale sembra essersi interrotto nel passaggio degli atti dal CUN al MIUR, quindi al Ministero della Salute ed, infine, al Consiglio Superiore di Sanità -:

se intenda intervenire al fine di accelerare le procedure necessarie per inserire la Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza nell'elenco ufficiale di riforma delle scuole di area sanitaria, anche al fine di adeguare l'Italia alla normativa comunitaria in materia;

se, qualora esistano impedimenti che ostacolano l'iter giuridico ed amministrativo di istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza, intenda attivarsi affinché gli stessi siano rimossi al fine di dare risposte concrete alle aspettative di tanti medici che operano nel delicato settore della Emergenza Sanitaria, sia extraospedaliera che ospedaliera, e gestiscono per primi i soccorsi ai pazienti critici in imminente pericolo di vita. (4-11707)

PERROTTA. - *Al Ministro della salute.*
- Per sapere - premesso che:

come si evince da un articolo pubblicato su *DoctorNews*, le liste d'attesa sono al primo posto tra i problemi della sanità;

la denuncia di cui sopra è quanto emerge dai dati del numero verde del ministero della salute, attivato per dare la possibilità ai cittadini di fare segnalazioni su eventuali disfunzioni;

tra queste, la lista d'attesa registra il 40,27 per cento sul totale delle chiamate -:

se il Ministro intenda attivarsi affinché siano prese le misure necessarie per risolvere la problematica delineata in premessa. (4-11723)

ZANELLA. - *Al Ministro della salute.*
- Per sapere - premesso che:

in data 6 agosto 2004 la Giunta Regionale del Veneto ha approvato la delibera n. 2508 avente per oggetto: « Ditta: S. Benedetto S.p.a. Rilascio della concessione di acqua minerale da denominare "Fonte della Rondine" in Comune di Paese (Treviso) - L.R. 40/89 » con la quale viene dato il benessere per l'estrazione di acqua a fini commerciali nel sito di Padernello di Paese (Treviso);

la carta idrogeologica della Provincia di Treviso considera la zona del sito oggetto di concessione da parte della Regione Veneto, come « zona a vulnerabilità elevata » essendo un'area di ricarica degli acquiferi, dove il sottosuolo è costituito prevalentemente da materiali ghiaiosi che si prestano ad una facile veicolazione di eventuali elementi inquinanti sia per quanto riguarda la fase satura che quella insatura;

in data 12 gennaio 2004, l'Area Tecnico scientifica « Osservatorio Acque Interne » dell'ARPAV del Veneto, ha effettuato una relazione, firmata dal dottor

Geologo Filippo Mion, relativa alle indagini idrogeologiche e chimiche sul sito del nuovo insediamento dove sono stati terebrati 2 pozzi (P1 e P2) ed un piezometro (PZ1) e che dalle analisi chimico fisiche effettuate su campioni di acqua prelevati e dalla relazione nel suo complesso risulta che:

1) nell'acqua campionata dal piezometro P1 sono presenti concentrazioni di Ferro disciolto, Manganese ed Arsenico superiori al limite previsto dal decreto legislativo n. 152 del 1999 e dal decreto del Presidente della Repubblica n. 236 del 1988 (considerate le modifiche normative dei limiti dovute al decreto ministeriale 29 dicembre 2003);

2) l'ARPAV sottolinea che il superamento delle concentrazioni massime di legge « può presentare un rischio per la salute pubblica »;

3) nel piezometro PZ1 è stata riscontrata la presenza dell'inquinante 3-secbutil-6-metiluraclile con 0,45 ug/l;

4) nel pozzo P2 l'acqua « è sostanzialmente simile a quella prelevata dal P1 con concentrazioni di Manganese ai limiti previsti dal decreto ministeriale 29 dicembre 2003 e con concentrazioni di ione arsenico pari al limite massimo di 10 ug/l »;

5) l'ARPAV ritiene che « nel caso fosse rilasciata la concessione di acque minerali, sia auspicabile impostare un dettagliato piano di monitoraggio idrogeologico indispensabile per fornire nel tempo il grado di compromissione quantitativa eventualmente in atto. Il monitoraggio dovrebbe coinvolgere una vasta porzione di territorio circostante l'area oggetto della concessione, sia investigando l'acquifero indifferenziato posto a monte che quello differenziato posto a valle dell'area investigata, con particolare attenzione alle risorgive »;

6) l'ARPAV ritiene detta indagine « fondamentale se si tiene in considerazione che la concessione di acque minerali

è stata richiesta in un'area idrogeologicamente critica, in cui qualsiasi fattore esterno potrebbe stravolgere i delicatissimi equilibri esistenti »;

7) l'ARPAV, ritiene « Dal punto di vista idrogeochimico, si ritiene sconsigliabile imbottigliare acque sotterranee con le caratteristiche chimico-fisiche come quelle accertate per il fatto che alcuni parametri sono superiori ai limiti imposti dalla normativa vigente in materia di inquinamento delle acque e delle acque per il consumo umano »;

i commi 1 e 2 dell'articolo 1 del decreto legislativo 25 gennaio 1992, n. 105 stabiliscono che « 1. Sono considerate acque minerali naturali le acque che, avendo origine da una falda o giacimento sotterraneo, provengono da una o più sorgenti naturali o perforate e che hanno caratteristiche igieniche particolari e, eventualmente, proprietà favorevoli alla salute. 2. Le acque minerali naturali si distinguono dalle ordinarie acque potabili per la purezza originaria e sua conservazione, per il tenore in minerali, oligoelementi e/o altri costituenti ed, eventualmente, per taluni loro effetti. Esse vanno tenute al riparo da ogni rischio di inquinamento. »;

il riconoscimento di un'acqua minerale naturale viene rilasciato con decreto del Ministro della sanità previa istanza corredata da una documentazione volta a fornire una completa conoscenza dell'acqua minerale naturale, così come previsto dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 105 del 1992 che recita: « 1. Sulla domanda di cui all'articolo precedente provvede il Ministro della sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio superiore di sanità. »;

da indagini effettuate dalla provincia di Treviso risulta la presenza del microinquinante organico denominato 3-sec-butyl-6-metiluracile, nelle acque di falda dei comuni di Quinto e Paese, utilizzate anche a scopo potabile; l'inquinamento della falda freatica venne rilevato nell'estate dell'anno 2000; nel febbraio 2001, consi-

derata la contemporanea presenza nelle stesse acque di desetiluracina, venne emesso dai sindaci dei due comuni, il divieto d'uso a scopo potabile di tutti i pozzi pescanti ad una profondità minore di 50 metri. Sembra che il composto inquinante in parola sia un prodotto di degradazione del principio attivo Bromacile, commercializzato per il diserbo di aree incolte e probabilmente smaltito nella discarica « ex cava Tiretta » situata in prossimità del sito di una nota azienda che vende acqua minerale, più in particolare « a pochi chilometri a NW del sito investigato, lungo la direzione media del deflusso idrico sotterraneo ». Il metiluracile era infatti presente in alcuni dei piezometri di controllo della discarica, e nel percolato della stessa si è rinvenuto in concentrazioni 1000 volte superiori a quelle misurate nei pozzi inquinati. Le falde di Quinto e Paese sono situate a valle della suddetta discarica. La prima ipotesi formulata dalla provincia per spiegare la dinamica del grave episodio, fu che l'inquinante fosse derivato dalla degradazione, in condizioni anaerobiche, di residui di Bromacile eventualmente smaltiti in discarica. Nel particolare ambiente metanogeno di una discarica per rifiuti organici infatti, il Bromacile tende a trasformarsi nel metabolita 3-sec-butyl-6-metiluracile. La seconda ipotesi, formulata sempre dalla provincia, fu che quest'ultimo fosse derivato da residui di lavorazione generati durante il processo di sintesi dello stesso Bromacile e successivamente smaltiti in discarica —:

se non ritenga di negare il rilascio del riconoscimento dell'acqua minerale naturale prelevata dal sito di Padernello di Paese (Treviso). (4-11727)

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

La mozione Mazzuca Poggiolini e Boato n. 1-00400, pubblicata nell'allegato B ai