

*Interrogazioni a risposta scritta:*

MIGLIORI. — *Al Ministro per le politiche per la famiglia, al Ministro della solidarietà sociale.* — Per sapere — premesso che:

l'Associazione socio culturale « Il Mosaico » ha predisposto un progetto privato finalizzato ad accogliere, in forma residenziale, nove bambini in situazione di disagio familiare e personale affidati dai Tribunali dei Minori di Firenze e Genova ai servizi sociali in zona collinare adiacente Fosdinovo (Massa);

trattasi di immobile risultante; perfettamente a norma mentre è garantita la presenza 24 ore di qualificato personale educatore;

come si evince dalle cronache locali della stampa (il *Tirreno* 19 novembre 2006 e *La Nazione* 24 novembre 2006) il Comune di Fosdinovo ha inspiegabilmente deliberato di bloccare tale progetto intervenendo anche sulla visita dell'ASL —;

se non si reputi opportuno sol tenere sul piano delle competenze statali in materia tale progetto prevedendo altresì forme di agevolazione finanziaria e/o fiscale volte a realizzare un ottimo progetto di recupero ed integrazione di minori disagiati. (4-01931)

CAPITANIO SANTOLINI. — *Al Ministro per le politiche per la famiglia, al Ministro della solidarietà sociale, al Ministro degli affari esteri.* — Per sapere — premesso che:

l'articolo 2 della legge 28 marzo 2001, n. 149, in materia di affidamento e adozione, stabilisce che « il ricovero in istituto deve essere superato entro il 31 dicembre 2006 mediante affidamento ad una famiglia e, ove ciò non sia possibile, mediante inserimento in comunità di tipo familiare caratterizzate da organizzazione e da rapporti interpersonali »;

se la funzione degli istituti è stata importante in una società e in un momento storico in cui l'urgenza era quella di sottrarre il bambino dalla strada e dall'abban-

dono, per offrirgli un tetto, condizioni igieniche sicure, pasti regolari e protezione, si è attualmente profilata l'esigenza di elaborare risposte in grado di garantire una vita più serena ai fanciulli, considerando gli effetti negativi di una permanenza prolungata in istituti o comunità;

secondo l'interrogante il Governo Prodi ha fortemente disatteso l'impegno assunto; circa la chiusura di tutti gli istituti per minori, ai fini della promozione di una politica prioritaria dell'affidamento che risponda concretamente al diritto dei più piccoli di vivere e crescere all'interno di una vera famiglia;

in Italia restano ancora insolte le questioni riguardanti l'istituzione di una banca dati sull'adozione nazionale e l'entrata in vigore della figura dell'avvocato del minore, prevista dalla legge suddetta;

i tagli di questa finanziaria rischiano ancora una volta di penalizzare fortemente i diritti dei minori —;

se i ministri siano a conoscenza della gravità della situazione esposta;

se intendano promuovere azioni di sensibilizzazione tese alla valorizzazione del fondamentale diritto ad una famiglia;

quali provvedimenti intendano adottare per una piena attuazione della legge n. 149 del 2001, in merito soprattutto all'istituzione di una banca dati per i minori dichiarati adottabili ed all'istituzione della figura dell'avvocato del minore, con conseguente finanziamento del patrocinio a spese dello Stato. (4-01941)

\* \* \*

*SALUTE**Interpellanza urgente (ex articolo 138-bis del regolamento):*

I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro della salute, per sapere — premesso che:

come ampiamente riportato dalla stampa (*la Repubblica*, 13 ottobre), a Ve-

nezia si sono registrati numerosi casi di infezione batterica da legionellosi in alberghi ed uffici pubblici quali il tribunale;

tale grave caso fa seguito a quello di Torino, dove in cinque aeromobili di passaggio all'aeroporto di Caselle è stata rilevata acqua contaminata con il batterio della Legionella Pneumophila e della nave di crociera italiana, in viaggio nei Caraibi nello scorso mese di novembre, nella quale si sono verificati due decessi sospetti;

a questi casi registrati nel corso del mese di ottobre, si sono aggiunti quelli che hanno visto il coinvolgimento dei convogli in partenza da Torino di Trenitalia (*Corriera della sera-La Stampa* del 26 novembre 2006). I carabinieri dei Nas e i tecnici dell'Arpa di Novara hanno individuato nei bagni dei treni intercity e interregionali intere colonie di legionella. Si sottolinea, altresì, come tali controlli rientrino nelle procedure di monitoraggio della situazione igienico-sanitaria dei convogli di Trenitalia disposti a partire dallo scorso anno dal Procuratore aggiunto di Torino Raffaele Guariniello —:

se il Ministro non ritenga che gli ultimi eventi abbiano determinato un quadro preoccupante, potendo configurarsi il rischio di una epidemia, e se il Ministro abbia a tal proposito tempestivamente disposto accertamenti in ordine alla situazione a Venezia e Torino;

se il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità siano oggi in grado di acquisire con tempestività le informazioni necessarie ad integrare e rafforzare la sorveglianza epidemiologica;

se non ci sia l'opportunità di emanare precise disposizioni con riferimento ai mezzi di trasporto collettivi quali treni, aeromobili, navi da crociera e di porre mano tempestivamente all'aggiornamento delle « Linee guida per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi », al fine di individuare con rapidità sistemi di bonifica dei diversi impianti che costituiscono le principali sedi di contaminazione;

quali altre iniziative il ministero abbia avviato per potenziare la prevenzione e la bonifica degli ambienti a rischio, tra cui ospedali, case di riposo, scuole, alberghi, edifici pubblici e privati.

(2-00276)

« Moroni, Leone ».

*Interrogazioni a risposta scritta:*

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

la circolare ministeriale a firma del Ministro Livia Turco del 3 ottobre 2006 definisce l'area di applicazione del decreto-legge n. 223 del 4 luglio, noto come « decreto-legge Bersani », stabilendo che anche i prodotti omeopatici possono essere venduti negli esercizi commerciali previsti dall'articolo 5 del suddetto decreto, ovvero fuori dalla farmacia, per esempio nei supermercati, in quanto classificati come medicinali vendibili senza presentazione di ricetta medica;

i farmaci omeopatici, a differenza dei normali prodotti farmaceutici da banco (OTC) sono farmaci a registrazione semplificata e pertanto per questi è fatto divieto di promuovere qualsiasi forma di pubblicità e di contenere un foglietto illustrativo; sono dunque, farmaci privi di indicazioni terapeutiche e di indicazioni di posologia, come anche recentemente confermato dal decreto legislativo di recepimento delle direttive 2001/83/CE e successive modificazioni, e della direttiva 2003/94/CE, comma 1 dell'articolo 16; articolo 85; commi 1 e 2 dell'articolo 128;

non si fa poi alcuna differenza fra i prodotti omeopatici « semplici » e « complessi », dei quali i primi, per la loro composizione o per la loro formulazione, sono prescritti su una semplice indicazione di patologia (come per esempio avviene nel caso di una pomata di Arnica consigliata per un trauma o un collirio a base di Euphrasia per una congiuntivite) e rappresentano di fatto un'alternativa a comuni prodotti da banco per i quali la

vendita può anche essere liberalizzata; mentre i secondi, o medicinali omeopatici a base sperimentale, non hanno una prescrizione standardizzata, proposta sulla base della patologia in atto e sono efficaci solo se strettamente individualizzati, quindi devono essere necessariamente prescritti dal medico. Nessuna distinzione viene fatta fra queste categorie di prodotti omeopatici, così come « omeopatici » sono considerati i farmaci antroposofici o omotossicologici, in base all'articolo 20 del decreto legislativo di recepimento della direttiva 2001/83/CE e successive modificazioni, e della direttiva 2003/94/CE, pur essendo categorie farmacologiche fra loro profondamente diverse. I primi se sono considerati simili ai farmaci convenzionali OTC, dovrebbero essere equiparati a questi e quindi dovrebbero poter essere pubblicizzati in modo appropriato ed essere provvisti di apposito foglietto illustrativo;

non è chiaro come potrà orientarsi la grande distribuzione in merito all'assunzione di farmacisti esperti nel settore omeopatico, ammesso che questa evenienza sia mai stata presa in considerazione per rispondere alle esigenze dei circa 11 milioni di italiani che ne fanno uso, visto che i farmacisti, professionisti che dovrebbero consigliare i medicinali, non sono in realtà obbligati a conoscere i prodotti omeopatici dal momento che il corso di laurea in farmacia non prevede una formazione su tali medicinali; la mancanza di una regolamentazione comporta la mancanza di criteri formativi uniformati e riconosciuti ai quali la grande distribuzione possa fare riferimento per l'assunzione di personale qualificato —:

se il Governo ritenga opportuno rivedere la decisione di rendere possibile la vendita, al di fuori della farmacia e senza distinzione tra « semplici » e « complessi », di tutti i prodotti omeopatici;

se il Governo non ritenga giusto permettere la possibilità di pubblicizzare anche i prodotti omeopatici al pubblico, se non altro, quelli equiparati ai farmaci OTC, visto che questi ultimi sono notoriamente pubblicizzati senza alcun problema;

se non sia doveroso, a tutela dei cittadini che si rivolgono sempre più numerosi a queste terapie, attivarsi per consentire, almeno per i prodotti omeopatici definiti « complessi », soprattutto nel caso della vendita fuori farmacia, un foglietto illustrativo contenente le indicazioni terapeutiche. (4-01932)

GIULIO CONTI. — *Al Ministro della salute, al Ministro dei trasporti, al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

in ogni aeroporto esiste un servizio di pronto soccorso;

tale servizio compete, negli aeroporti a diretta gestione statale, al ministero della salute che, con decreto del 12 febbraio 1988, ne ha poi affidato la gestione alla Croce Rossa Italiana;

negli aeroporti in gestione totale a società concessionarie, invece, il servizio di pronto soccorso è a carico della società stessa;

i medici che lavorano nei pronto soccorso a diretta gestione statale hanno un contratto libero-professionale bimensile, rinnovabile a fiducia del Presidente della Croce Rossa locale, ed effettuano un servizio diurno e notturno presentando alla Croce Rossa del territorio ove ha sede l'aeroporto, una fatturazione secondo le ore effettuate;

tali medici percepiscono una tariffa oraria di 10,33 euro lordi l'ora nei giorni feriali e 13,43 euro lordi nei giorni festivi per un massimo di 36 ore settimanali e di 70/80 ore mensili;

il Sindacato dei Medici Civili Aeroportuali (SIMeCA) denuncia oltre l'esiguità delle tariffe corrisposte ai medici, la carenza di personale e di misure standard volte a garantire l'efficienza e la sicurezza dei servizi sanitari dei pronto soccorso aeroportuali, anche in relazione a situa-

zioni di emergenza di grandi proporzioni. Il decreto ministeriale del 16 settembre 1998, ha istituito un apposito gruppo di studio per determinare la dotazione minima dei centri di pronto soccorso, al fine di assicurare omogeneità delle prestazioni e dotazioni dei centri affidati sia alla Croce Rossa Italiana che ai concessionari;

al termine dei lavori del gruppo di studio è stato predisposto un articolato sul cui testo sono state formulate osservazioni da parte dell'Associazione dei gestori aeroportuali che ne ha di fatto bloccato l'adozione rimandandone l'approfondimento nell'ambito di una Conferenza dei servizi convocata nel gennaio del 2002;

per effetto della modifica all'articolo 117 della Costituzione, la materia di primo intervento sanitario aeroportuale rientra tra le funzioni e i compiti da conferire da parte dello Stato alle Regioni e Province autonome;

a tal fine è stato predisposto uno schema di accordo da parte dell'Ufficio per il Federalismo della Presidenza del Consiglio e le amministrazioni competenti che disciplinerebbe, tra l'altro, anche le modalità di trasferimento delle risorse economiche —:

se non si reputi opportuno, al fine di risolvere tale annosa situazione, verificare gli esiti della Conferenza dei Servizi in merito all'adozione del provvedimento determinato a seguito del decreto del 16 settembre 1998;

se non si reputi altrettanto opportuno sollecitare l'iscrizione dello schema di accordo predisposto dall'Ufficio per il Federalismo della Presidenza del Consiglio dei ministri all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni;

se non si reputi inoltre necessario rivedere e riqualificare le tariffe economiche professionali attualmente inique corrisposte ai medici dei pronto soccorso aeroportuali, anche in base alla proposta di aumenti onorari concordata tra la Croce Rossa Italiana e il SIMECA, onde equiparare gli aumenti almeno alle tariffe

attuali del servizio di medicina di continuità assistenziale riferite al triennio 2002/2005. (4-01937)

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

secondo le indicazioni contenute nella proposta di « Piano ospedaliero regionale per il triennio 2007-2009 » approvato dalla V Commissione Sanità della regione Campania il 17 novembre 2006, si profila il declassamento di alcuni presidi ospedalieri (Sapri, Rocca d'Aspide), ed in particolare di quello della città di Agropoli che rischia di diventare un presidio ospedaliero di I livello;

si fa anche presente che presso il presidio ospedaliero di Agropoli sono attualmente in funzione le seguenti unità operative: pronto soccorso ed accettazione medico-chirurgica, medicina di urgenza ed astanteria, chirurgia d'urgenza ed astanteria, cardiologia con unità di terapia intensiva coronarica, traumatologia, anestesia e rianimazione, servizi di radiologia e laboratorio di analisi cliniche, centro trasfusionale e *day hospital* di allergologia;

tali unità operative sono specifiche di un presidio ospedaliero di II livello;

il presidio ospedaliero insiste in un territorio ad alta densità di popolazione (gli abitanti sono circa 80 mila) e ad alta vocazione turistica (per la presenza del sito archeologico di Paestum) tant'è che nei mesi estivi si toccano punte di 55 mila presenze ed anche in base a tali parametri la Giunta regionale con delibera n. 521 del 2 aprile 2004 aveva disposto l'apertura di questo presidio ospedaliero;

in base ai dati statistici riferiti agli anni 2004, 2005 e 2006 relativi agli accessi al pronto soccorso, ai ricoveri nelle varie unità operative, agli infartuati soccorsi e curati, i casi di traumatologia trattati, all'attività chirurgica per politraumi, l'apertura di questo presidio ospedaliero si è rivelata non solo utile ma addirittura indispensabile per un territorio che ha la

più alta densità di popolazione di tutta l'area cilentana;

in alcuni periodi dell'anno l'incidenza degli accessi al presidio ospedaliero di Agropoli è risultato superiore a quello di tutti gli altri presidi facenti parte della ASL SA/3, e le sue unità operative hanno erogato prestazioni qualitativamente elevate;

sulla base dei dati illustrati la citata proposta di « piano ospedaliero regionale » avrebbe dovuto contemplare il potenziamento strutturale, tecnologico e di risorse umane del presidio ospedaliero di Agropoli e non condannarlo ad un destino di struttura di guardia medica;

l'intesa raggiunta lo scorso 22 settembre 2006 tra Governo e Regioni relativa ad un nuovo « Patto per la salute » fa esplicito riferimento — tra l'altro — alla promozione e valorizzazione delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale nonché all'umanizzazione della rete ospedaliera e all'innalzamento del livello qualitativo dei servizi offerti ai cittadini;

bisogna evitare che si consumi una doppia grave ingiustizia: nei confronti dei cittadini che contano sulla presenza di tale struttura nel loro territorio e nei confronti degli operatori sanitari che hanno reso possibile la crescita qualitativa del presidio ospedaliero di Agropoli —:

se non ritenga che il depotenziamento del presidio ospedaliero di Agropoli metta a rischio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. (4-01946)

\* \* \*

### SVILUPPO ECONOMICO

*Interrogazioni a risposta immediata:*

BRUGGER, ZELLER, WIDMANN, BEZZI e NICCO. — *Al Ministro dello sviluppo economico.* — Per sapere — premesso che:

per ridurre la dipendenza dai combustibili fossili, per combattere l'inquina-

mento atmosferico e per incentivare l'innovazione nel settore dei trasporti, della mobilità e della logistica, nonché per rispettare gli obblighi derivanti dal protocollo di Kyoto per la riduzione delle emissioni di CO<sub>2</sub>, occorre prendere opportune iniziative per favorire l'utilizzo del gas naturale;

in Italia i gas per autotrazione — sia *gpl* sia metano — vantano un'importante tradizione. Il nostro Paese è *leader* da sempre nella progettazione e costruzione di sistemi di alimentazione a gas di autoveicoli a benzina e li utilizza fin dal dopoguerra. I benefici ambientali, suffragati negli anni dai risultati ottenuti nell'abbattimento delle emissioni inquinanti, hanno spinto sia il Governo, legislatura dopo legislatura, che numerose amministrazioni locali a prendere provvedimenti a loro favore;

le politiche poste in essere sono state generalmente quelle di stabilire accise agevolate per i carburanti gassosi rispetto a quelli tradizionali, di incentivare economicamente le trasformazioni e/o l'acquisto di veicoli a gas e di attualizzare piani di limitazione alla circolazione, esentando dalle restrizioni i veicoli alimentati a *gpl* e metano;

ora occorre allargare il raggio degli interventi normativi. In molti altri Paesi comunitari e non comunitari vige una normativa moderna e considerevole a favore dello sviluppo dei carburanti alternativi meno inquinanti. Essa riguarda i piccoli impianti domestici, i *multidispenser* ed il *self service* nelle stazioni di rifornimento, garantendo allo stesso tempo adeguati livelli di sicurezza;

nell'ambito della strategia a favore dello sviluppo del gas naturale, la provincia autonoma di Bolzano ha recentemente emanato le norme di sicurezza in materia di rifornimento di gas naturale per autotrazione —:

se il Ministro interrogato non ritenga opportuno predisporre una normativa che regolamenti l'utilizzo degli impianti per il