

Consiglio dei ministri del 5 gennaio 2000, il Governo ha dichiarato lo stato di emergenza nel territorio di alcuni comuni della costa tirrenica della Campania e della Calabria, regioni colpite da violente mareggiate nei giorni 27 e 28 dicembre 1999.

Il continuo ripetersi del fenomeno, anche se non controllabile, induce a pensare che siano necessarie misure più determinate. Le chiedo, allora, quali siano le iniziative intraprese, o che si intende intraprendere, per risolvere innanzitutto la situazione contingente e, soprattutto, quali siano i progetti di lungo termine allo studio per impedire ulteriori devastazioni del territorio.

ENZO BIANCO, *Ministro dell'interno*. Signor Presidente, come l'onorevole Lamacchia sa perfettamente, nei giorni 27 e 28 dicembre dell'anno passato, un'ondata di maltempo, che è stata drammatica in alcuni paesi del centro Europa, ha provocato anche in Italia, e segnatamente in Calabria, violente mareggiate accompagnate da venti sostenuti e da consistenti precipitazioni che si sono abbattute sui territori di alcuni comuni della costa tirrenica della regione.

I dati registrati hanno evidenziato mareggiate tra le più violente di quelle che si sono abbattute sui nostri litorali negli ultimi cinquant'anni. Si sono registrati danni gravi in particolare nei comuni di Amantea e di San Lucido. Nel comune di Amantea si sono verificati danni a strutture turistiche, anche di particolare pregio, e ad abitazioni private. La strada ferrata, che corre a sud della località Scoglio Coreca, e la statale litoranea sono state distrutte in vari tratti o gravemente danneggiate.

La regione Calabria, in data 29 dicembre 1999, ha chiesto al Governo di dichiarare lo stato di emergenza.

Il Consiglio dei ministri, nella prima riunione utile, quella del 5 gennaio, come veniva ricordato, ha adottato il provvedimento richiesto, su mia esplicita proposta. Sono peraltro già in contatto con il presidente della regione Calabria, al quale

spetta predisporre un piano di interventi. Personalmente sto già per firmare l'ordinanza di protezione civile con cui verranno predisposte le prime misure per assicurare immediata assistenza alle popolazioni colpite e finanziati gli interventi più urgenti.

La regione Calabria — lo ripeto — dovrà predisporre un piano di interventi straordinari per il ripristino delle infrastrutture. Il piano verrà sottoposto al dipartimento della protezione civile e comprenderà anche — come da lei richiesto, onorevole Lamacchia — la definizione di interventi strutturali. A questo proposito ha ragione, perché, naturalmente, l'evento in oggetto è straordinario, ma la Calabria, purtroppo, è regione colpita anche da eventi non così eccezionali e quindi non possiamo agire sempre e soltanto con la logica dell'emergenza. Ci aspettiamo peraltro che da parte delle competenti autorità della regione Calabria siano avanzati progetti e le assicuro, onorevole Lamacchia, che vigileremo affinché essi trovino le necessarie coperture finanziarie e un'attuazione quanto più rapida possibile.

PRESIDENTE. L'onorevole Lamacchia ha facoltà di replicare.

BONAVENTURA LAMACCHIA. Sono veramente soddisfatto, ministro, per la risposta che lei mi ha fornito e prendo atto con apprezzamento di questo nuovo modo di interpretare la gestione della cosa pubblica.

Ritengo che le responsabilità non siano mai solo di una parte. Ci sono state inadempienze, soprattutto in alcune regioni del Mezzogiorno, da parte anche degli enti locali nel non aver saputo ricercare quelle che sono le vere e reali esigenze e, quindi, nel non aver saputo predisporre progetti adatti, per i quali chiedere il finanziamento. Si è perso troppo tempo e forse si è cercato il finanziamento di troppe misure inutili. Debbo dare però atto che comunque nella tempestività si dà al cittadino la consapevolezza che il Governo esiste, e c'è

un'attenzione particolare dello Stato verso esigenze reali, determinate, è vero, da elementi incontrollabili, da agenti atmosferici nei confronti dei quali non possiamo fare niente, ma già solo la risposta immediata dà la consapevolezza che i problemi si possono poi risolvere nel loro insieme. Ciò, certo predisponendo, in una fase preventiva, magari attraverso un'opera di monitoraggio del territorio, un utilizzo migliore delle risorse umane. Mi riferisco, in particolare, alle migliaia di operai forestali che abbiamo in Calabria, sui quali dobbiamo incentrare la nostra attenzione e dei quali dobbiamo richiedere un migliore impiego, proprio nell'ambito di quella che è la loro specificità, prevenendo fenomeni atmosferici che finiscono per incidere sulla stessa economia calabrese, perché si dà poi all'esterno la sensazione che il tutto sia provvisorio ed inventato, quindi rimesso al caso.

Si tratta di aspetti essenziali affinché parta veramente dal basso quello sviluppo delle regioni del Mezzogiorno verso il quale credo che il Governo stia approfondendo tutti i suoi sforzi, ma al quale anche noi, diretti interessati, dobbiamo dare il nostro sostegno.

PRESIDENTE. È così esaurito lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata.

Ringrazio i rappresentanti del Governo ed i colleghi intervenuti.

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Cimadoro, Danieli e Vigneri sono in missione a decorrere dalla ripresa pomeridiana della seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono trentanove, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Su un lutto del deputato Rosario Polizzi.

PRESIDENTE. Comunico che l'11 gennaio 2000 il collega Rosario Polizzi è stato

colpito da un grave lutto: la perdita della madre.

La Presidenza della Camera ha già fatto pervenire le espressioni della più sentita partecipazione al suo dolore, che desidera ora rinnovare a nome dell'Assemblea ed anche, se permettete, mio personale.

Per la risposta ad uno strumento del sindacato ispettivo (ore 16,05).

ANTONIO SAIA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ANTONIO SAIA. Presidente, questa mattina la fase conclusiva della parte antimeridiana della seduta è stata un po' agitata e questo mi ha consigliato di intervenire adesso. Negli ultimi giorni dello scorso anno nel nostro paese si è verificata una serie di eventi atmosferici gravissimi che hanno arrecato danni rilevanti ad edifici pubblici, a strutture pubbliche, ad aziende private, ad aziende agricole, eccetera; purtroppo vi sono state anche vittime civili.

In merito, ho presentato un'interpellanza e vorrei pregare la Presidenza di sollecitare il Governo affinché risponda il più presto possibile per comunicarci quali iniziative urgenti verranno adottate per fare fronte ai numerosi problemi che si sono creati sia per i comuni e le strutture pubbliche, sia per le numerose aziende private ed i privati cittadini colpiti.

PRESIDENTE. Onorevole Saia, lei sa benissimo che tali richieste di solito vengono avanzate a fine seduta. D'altra parte, l'importanza del tema consente di derogare, sia pure sotto un profilo di carattere puramente e semplicemente temporale, al regolamento; la Presidenza, pertanto, si farà carico di sollecitare il Governo affinché risponda al momento opportuno.

Svolgimento di interpellanze e di interrogazioni (ore 16,05).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interpellanze e di interrogazioni.

(Prescrizione e rimborsabilità di farmaci per la cura del morbo di Alzheimer)

PRESIDENTE. Cominciamo con l'interpellanza Saia n. 2-01829 (*Vedi l'allegato A — Interpellanze e interrogazioni sezione 1*).

L'onorevole Saia ha facoltà di illustrarla.

ANTONIO SAIA. Signor Presidente, onorevole sottosegretario, come il Governo sa da tempo, il morbo di Alzheimer è una malattia gravissima che determina una situazione devastante per la salute degli sventurati cittadini che ne vengono colpiti, quasi tutti in età relativamente giovanile, dato che, per definizione, il morbo di Alzheimer è una cosiddetta demenza pre-senile, i cui segni cominciano a manifestarsi solitamente intorno ai 50-55 anni, solo raramente in età più avanzata.

Si tratta di una malattia devastante per chi ne viene colpito e per i familiari di tali malati. Infatti, i soggetti colpiti nell'arco di pochi anni perdono progressivamente le loro capacità intellettive, la loro autonomia, anche la possibilità di spostamenti autonomi, finendo per arrivare, si pensa dopo un massimo di dieci anni, ad una condizione di vita quasi vegetativa, con le evidenti ripercussioni e problematiche che tutto ciò comporta.

Fino a poco tempo fa, per il morbo di Alzheimer non si conosceva alcuna terapia valida; esistevano terapie cosiddette di supporto, palliative, che forse producevano benefici nella malattia di Alzheimer o in altre simili, ma che erano sicuramente poco documentabili, certamente non tali da migliorare in modo significativo l'evoluzione della malattia stessa. In passato, quando il nostro paese si è posto il problema di ridurre la spesa sanitaria,

si è cominciato tagliando detti farmaci che, certamente, per tale malattia non producevano risultati certi. Conseguentemente, le famiglie si sono abituate a dover pagare questi farmaci palliativi di tasca propria; mi riferisco ai cosiddetti farmaci encefalometabolici, nootropi, vasodilatatori cerebrali e via dicendo.

Questa è stata già una scelta discutibile, anche perché alcuni di questi farmaci, sebbene non avessero un'efficacia decisiva, comunque garantivano qualche risultato. Peraltro, anche sul piano internazionale erano utilizzati nella farmacopea: penso ai farmaci nootropi. È risultata quindi discutibile quella scelta per cui, poiché quei farmaci non portavano alla guarigione del paziente, il sistema sanitario sceglieva di non assicurarne la rimborsabilità!

Con l'evoluzione della scienza, negli ultimi anni sono stati prodotti altri farmaci (non nel nostro paese) che invece hanno aperto delle prospettive nella terapia del morbo di Alzheimer. Anche in questo caso non abbiamo certezze, non abbiamo certamente risultati rilevanti come quelli che si ottennero a suo tempo, ad esempio, con gli antibiotici; tuttavia, sappiamo — perché è stato già sperimentato in altri paesi — che tali farmaci intervengono modificando e rallentando la progressione della malattia soprattutto se vengono assunti in fase precoce, vale a dire all'inizio della malattia.

Questi farmaci sono oggi collocati tutti nella fascia C del sistema sanitario nazionale e sono tutti a carico degli assistiti e delle loro famiglie. Il fatto ancora più grave è che non si sia voluta ascoltare la nostra opinione al riguardo: in questo paese, infatti, non si è mai voluto ascoltare quel grido di dolore proveniente dai nostri banchi, quando noi abbiamo chiesto che, per alcuni farmaci, per i quali il sistema sanitario non riconosceva la rimborsabilità nella fascia C, il Governo si sarebbe dovuto impegnare quanto meno a tenere sotto controllo i relativi prezzi (ricordo che anche nel corso dell'ultima finanziaria presentammo un emendamento che andava in questa direzione).

Per questo motivo, tali farmaci sono stati collocati nella fascia C a totale carico dei pazienti e delle loro famiglie: sottolineo che essi hanno un costo che oscilla tra le 300 e le 500 mila lire! Ciò comporta che i pazienti che sono affetti da questa terribile malattia e le loro famiglie sono costretti a sborsare cifre che vanno dal mezzo milione al milione al mese solo per i farmaci. A tali cifre vanno poi aggiunti i notevoli costi dell'assistenza, che certamente non possono essere coperti neppure in minima parte dal cosiddetto assegno di accompagnamento che per questi malati non è sufficiente a garantire una assistenza adeguata.

Signor sottosegretario, con la mia interpellanza chiedo — riservandomi di svolgere poi alcune considerazioni conclusive — di sapere quali iniziative (e sappiamo che negli ultimi giorni ne sono state prese alcune) il Governo stia assumendo per assicurare a questi pazienti una adeguata cura, una adeguata assistenza e possibilità di un'assistenza sociale a livello familiare.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la sanità onorevole Di Capua, che saluto nella sua nuova veste e funzione, ha facoltà di rispondere.

FABIO DI CAPUA, Sottosegretario di Stato per la sanità. Con la sua interpellanza il collega Saia ha sollevato una problematica di rilievo sia per gli aspetti clinici che per quelli sociali. A questa problematica, che concerne anche altre patologie degenerative, non è ovviamente sorda ed indifferente un'amministrazione centrale. È chiaro che la demenza di Alzheimer rappresenta una malattia di tipo degenerativo e progressivo nel sistema nervoso centrale nei confronti della quale non si hanno oggi elementi certi di intervento preventivo né di capacità sostanziale di rallentamento della sua evoluzione.

D'altro canto, i farmaci — ai quali fa riferimento nella sua interpellanza l'onorevole Saia — recentemente introdotti per il trattamento di tale patologia, il cui principio attivo è costituito dal donepezil

cloridrato (aricept) e dalla rivastigmina (exelon), sono di efficacia assai modesta, essendo attivi solo nelle forme iniziali lievi o moderate della malattia e solamente su alcuni suoi sintomi, e presentano una durata di attività temporanea, anche se questo dato viene normalmente taciuto nei « trial » clinici anche internazionali.

La loro approvazione al commercio, avvenuta secondo la procedura europea centralizzata prevista dal regolamento CEE n. 2309 del 1993, ha destato notevoli perplessità tra gli specialisti del settore ed è stata seriamente criticata dalla stessa stampa scientifica, soprattutto anglosassone.

In realtà, è stata contestata alla scarsa evidenza circa la reale utilità terapeutica di tali farmaci che è l'unico elemento che dovrebbe orientare la decisione per la loro commercializzazione. Anche il profilo di sicurezza di donepezil e rivastigmina non è del tutto chiarito ed è ancora oggetto di attenta valutazione per una serie di effetti indesiderati e collaterali. Del resto, nessun medicinale a base di rivastigmina è stato registrato al momento negli Stati Uniti, in quanto l'agenzia FDA ha preteso ulteriori analisi in merito ai decessi di pazienti trattati con dosi elevate di rivastigmina, al fine di confermare la sicurezza di tali dosaggi.

Per i motivi correlati alla efficacia e alla tossicità dei principi attivi rivastigmina e donepezil, l'agenzia regolatoria europea del farmaco, l'EMA, ha imposto, tra le caratteristiche dei farmaci in cui essi sono contenuti, che «...il trattamento deve essere iniziato e controllato da un medico esperto nella diagnosi e terapia della demenza di Alzheimer...».

Pertanto, in applicazione delle disposizioni dell'EMA, nella scheda tecnica e nel foglietto illustrativo dei prodotti a base di rivastigmina e di donepezil, appare la dizione «...da vendersi dietro presentazione di ricetta medica non rinnovabile, rilasciata dallo specialista esperto nella gestione della demenza di Alzheimer...», pur comprendendo quali problemi una dizione del genere ingenera nella oggettiva e pratica gestione dei trattamenti di questi

pazienti, spesso affidati a personale medico e a operatori ai quali non in maniera rigorosa possa essere riconosciuta questa attribuzione professionale.

Occorre tener conto, inoltre, del costo elevato dei farmaci proposti per la terapia del morbo di Alzheimer, dal momento che il trattamento annuale di un paziente comporta una spesa che si aggira intorno ai 4-6 milioni di lire ed è stato calcolato che i soggetti in fase lieve o moderata della malattia, che sono quelli potenzialmente trattabili, siano in Italia 70-80.000.

Pertanto, tenuto conto del ruolo terapeutico modesto e sostanzialmente transitorio dei farmaci proposti e del loro costo elevato, risulterebbe abbastanza problematica la loro ammissione alla rimborsabilità, che porterebbe ad un forte impiego di risorse in cambio di risultati assai discutibili e controversi.

Tuttavia, l'induzione di aspettative nei familiari dei malati di demenza e l'alto costo che le famiglie sono costrette a sostenere per l'acquisto di questi farmaci, suggerisce di ricercare soluzioni che possano conciliare le esigenze dell'assistenza e della solidarietà con quelle dell'uso oculato delle risorse pubbliche.

Una forma di intervento di questo tipo potrebbe basarsi sulla utilizzazione dei farmaci dell'Alzheimer soltanto in centri specializzati operanti presso le aziende sanitarie, individuati dalle regioni e dalle province autonome, secondo un protocollo di selezione dei pazienti e di valutazione della risposta terapeutica.

Un modello di questo tipo è stato già adottato dalla commissione unica del farmaco in passato, per l'ammissione alla rimborsabilità dei medicinali a base di beta-interferoni impiegati nella cura della sclerosi multipla.

La CUF, inoltre, sta valutando tutti gli aspetti e gli elementi fin qui richiamati, al fine di assumere la decisione più adeguata circa l'eventuale rimborsabilità dei farmaci proposti per il trattamento dell'Alzheimer, ora in classe C, nonché per approfondire il protocollo diagnostico per

l'ammissione al trattamento, la valutazione della risposta, l'interruzione della cura.

Oltre a ciò, la CUF intende completare la disamina della problematica in questione, affrontando aspetti che consentano una sorveglianza epidemiologica del valore terapeutico dei farmaci impiegati ed acquisendo la documentazione relativa alle schede di ammissione e di *follow up* dei pazienti, così da realizzare uno studio osservazionale sulle risposte terapeutiche e sui motivi di cessazione del trattamento (mancato beneficio, effetti indesiderati, mancata *compliance*, altro).

Nell'ambito di questo programma, anche il prezzo dei farmaci proposti per il trattamento dell'Alzheimer sarà oggetto di negoziazione, al fine di concordare con le aziende farmaceutiche, titolari delle relative autorizzazioni all'immissione in commercio, un prezzo di cessione del prodotto alle strutture pubbliche tale da risultare « compatibile » e sostenibile per il servizio sanitario nazionale.

Aggiungo che gli sviluppi che si avranno anche a seguito delle iniziative in corso saranno oggetto di un'oculata, attenta ed immediata informazione ai membri della Camera.

PRESIDENTE. L'onorevole Saia ha facoltà di replicare.

ANTONIO SAIA. Signor Presidente, desidero innanzitutto augurare buon lavoro al collega Di Capua, che esordisce oggi in questa sede come sottosegretario per la sanità dopo aver svolto un lungo lavoro in Commissione affari sociali.

**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
LORENZO ACQUARONE (ore 16,30)**

ANTONIO SAIA. Preciso subito che mi ritengo parzialmente soddisfatto per la risposta del sottosegretario Di Capua. Sono soddisfatto per la seconda parte della sua risposta, con la quale finalmente il Governo italiano, per il tramite del sottosegretario, si dichiara finalmente di-

sponibile a farsi carico di un problema ormai annoso; ovviamente, invece, non posso ritenermi soddisfatto per la prima parte della risposta.

La mia prima osservazione è la seguente: il farmaco non è nuovo ed è in uso già da diversi anni in Europa, a prescindere dal fatto che, per una delle due sostanze, non è stato ancora registrato dalla FDA americana: in ogni modo, non è che la cultura europea debba necessariamente essere sempre inferiore o subordinata a quella americana; infatti, oggi, l'Europa ci chiede di mettere il farmaco sotto osservazione. Siamo quindi già in una fase che non può più essere considerata sperimentale, ma va semmai considerata osservazionale: lo dimostra il fatto che il Governo italiano ne ha già autorizzato l'immissione in commercio. Se ancora non vi fossero conoscenze sulla sicurezza del farmaco, non bisognerebbe neanche autorizzarne la vendita: se un farmaco è tossico, non può essere venduto comunque, a prescindere dalla somministrazione da parte del servizio sanitario nazionale.

Lo studio sperimentale, quindi, a mio avviso, deve essere considerato già compiuto nel momento in cui il farmaco viene immesso in commercio. A questo punto, vi è un altro profondo motivo di insoddisfazione: si ritiene che il farmaco possa essere addirittura tossico. Come si concilia questo fatto con la disposizione che ha impedito alle aziende farmaceutiche di far conoscere il farmaco a coloro che hanno l'impatto più diretto con i pazienti, cioè ai medici di base? Per questo farmaco, come per altri, è stato infatti vietato alle aziende farmaceutiche di illustrarne ai medici di base le caratteristiche e soprattutto gli effetti collaterali e le controindicazioni: eppure, sono proprio i medici di base che si devono scontrare con le problematiche e gli eventuali effetti negativi collegati ai farmaci.

Vi è dunque una contraddizione a tale riguardo: ritengo che non sia più possibile subordinare la diffusione della conoscenza scientifica soltanto a criteri di spesa sanitaria o di costi e così via; evidentemente,

dietro l'indicazione di non far conoscere il farmaco data alle aziende farmaceutiche, si nasconde l'esigenza di evitare che il farmaco si diffonda e di impedire che ne aumenti la richiesta, con un conseguente maggior numero di pazienti che bussano alla porta delle ASL per chiederne il rimborso. È necessaria, invece, una diffusa ed omogenea conoscenza scientifica, che deve riguardare tutti coloro che erogano l'assistenza sanitaria, a partire dai medici di base.

Un altro motivo di insoddisfazione è il seguente: si è parlato di risultati parziali e temporanei, ma ci troviamo di fronte ad una malattia che ha un'evoluzione di dieci anni, che può durare qualche anno in più e che devasta l'essere umano; allora, il risultato parziale deve essere preso in considerazione comunque. Soprattutto, siamo in una fase in cui, grazie a Dio, la scienza corre e consente di trovare soluzioni ai problemi, a volte da un giorno all'altro o da un mese all'altro. Ben venga, quindi, un farmaco che riduce l'evoluzione della malattia, che la ritarda, perché in questo ritardo si potranno inserire ulteriori progressi che potrebbero consentire, domani, di batterla. Tale considerazione, quindi, a mio avviso, non è soddisfacente e chiedo al Governo di rivedere le sue posizioni.

L'ultima questione riguarda il fatto che i suddetti pazienti soffrono, le loro famiglie pagano per la sofferenza, per i farmaci e per l'assistenza che devono fornire ai congiunti malati. Ebbene, il decreto del Ministero della sanità, al quale ho fatto riferimento nella mia interpellanza, pubblicato sul supplemento della *Gazzetta Ufficiale*, dice che questi farmaci devono essere prescritti da esperti del morbo di Alzheimer. Ma la categoria degli esperti non è prevista in nessuna università, per quanto riguarda la formazione dei medici esiste un termine che è «specializzazione». Poiché non sappiamo chi siano gli esperti, dal momento che potrebbe trattarsi anche di medici di base che conoscono la malattia perché l'hanno seguita, si deve concludere che si debbono intendere tutti gli specialisti, proprio perché

non esiste una specializzazione nel morbo di Alzheimer. Inoltre, è anche previsto che dopo la prescrizione del cosiddetto esperto — termine che mi auguro venga sostituito, ad esempio, con specialista pubblico in neurologia — per una seconda ricetta si debba comunque ricorrere agli esperti. Il medico di base, infatti, non può nemmeno prescrivere nuovamente la ricetta bianca a carico del cittadino, quindi molto spesso il parente del paziente sofferente di Alzheimer è costretto a fare la fila alle ASL o a ricercare il fantomatico esperto del morbo di Alzheimer che non si sa, per legge, chi sia.

Signor sottosegretario, mi auguro che l'attuale Governo, come mi sembra abbia fatto in questi giorni e come sembra emergere dalle dichiarazioni del ministro ed anche dalle sue, si voglia fare carico del problema. Le strade per affrontarlo sono altre: assicurare che chi prescrive il farmaco la prima volta sia una persona responsabile e competente, quindi uno specialista della struttura pubblica e, in proposito, sono d'accordo che occorre una tutela adeguata; parlare con le aziende farmaceutiche per chiedere che, almeno in questi primi anni di osservazione, il farmaco venga distribuito a prezzi politici o direttamente dalle ASL o anche con riduzioni di prezzo in farmacia. Mi auguro, poi, che si compia uno studio osservazionale, che venga diffuso non solo ai centri specialistici, ma anche sul resto del territorio dove si trovano i pazienti affetti da morbo di Alzheimer. Tale studio, quindi, deve essere allargato ai medici di base, se veramente si crede nella riforma; il medico di base è il perno della stessa e occorre fare in modo che le persone duramente colpite nel fisico ed anche socialmente dalla loro condizione, insieme con le famiglie, vengano messe in condizioni di sopravvivere economicamente e fisicamente.

[Iniziativa dell'Unione europea circa la presenza di sostanze nocive (policlorobifenili) in prodotti alimentari destinati al consumo umano]

PRESIDENTE. Passiamo all'interpellanza Pecoraro Scanio n. 2-01911 (vedi

l'allegato A — Interpellanze e interrogazioni sezione 2). L'onorevole Pecoraro Scanio ha facoltà di illustrarla.

ALFONSO PECORARO SCANIO. Signor Presidente, mi riservo di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

FABIO DI CAPUA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, in relazione all'atto parlamentare in esame presentato dall'onorevole Pecoraro Scanio, si condividono le preoccupazioni espresse attraverso lo stesso in ordine alla decisione comunitaria che risale al 9 luglio 1999, che ha aumentato il limite di presenza dei policlorobifenili nei grassi di alcuni prodotti alimentari per l'alimentazione umana.

Al riguardo si fa presente che il nostro Governo ha opposto una ferma resistenza, sia al momento dell'adozione delle decisioni stesse con la formulazione di un voto negativo in occasione delle votazioni nell'ambito del comitato veterinario permanente, sia successivamente, adeguando la normativa italiana solo al fine di evitare da parte della Commissione l'attivazione di una procedura di infrazione.

Inoltre da parte italiana è stato richiesto ai competenti uffici della Commissione di sottoporre con la massima urgenza al comitato scientifico per l'alimentazione umana l'intera problematica dei livelli di accettabilità di diossina e di policlorobifenili negli alimenti.

Per quanto riguarda l'apertura di un'inchiesta da parte della Commissione europea, si segnala che gli uffici del settore alimentare veterinario dell'esecutivo comunitario hanno effettuato un'ispezione in Belgio durante la crisi della diossina e che i risultati ufficiali dovranno essere presentati entro tempi brevi.

PRESIDENTE. L'onorevole Pecoraro Scanio ha facoltà di replicare.

ALFONSO PECORARO SCANIO. Signor Presidente, da una parte debbo lamentare l'estremo ritardo con cui si risponde ad un'interpellanza presentata per la prima volta nel luglio dello scorso anno e riformulata il 10 settembre sempre dello scorso anno, dall'altra, però, apprezzo l'impegno del Governo che si è manifestato nel voto contrario e nel lavoro volto a sollecitare l'attenzione dell'Unione europea sui problemi complessivi della sicurezza alimentare.

Occorre però richiamare l'iniziativa del Ministero della sanità, di concerto con il Ministero dell'ambiente, per il consorzio per gli oli vegetali esausti, che, nonostante sia previsto dalla legge, non è stato ancora creato. Si rende comunque necessaria una maggiore attenzione a tutta la materia dei grassi utilizzati nell'alimentazione animale. Le difficoltà che si riscontrano derivano dagli scarsi controlli, come risulta da un'indagine conoscitiva avviata dalla Commissione agricoltura sui mangimi di origine animale. Voglio ricordare che sempre nell'ambito di tale indagine abbiamo avuto occasione di ascoltare sia il dottor Marabelli, funzionario di una direzione del Ministero della sanità, sia il dottor Ambrosio, che è il capo dell'ispettorato antifrode del Ministero delle politiche agricole. Tutti hanno sottolineato la necessità di una modifica degli atteggiamenti e del livello di attenzione in materia di sicurezza degli alimenti, nel senso che bisogna prendere atto innanzitutto che le grandi emergenze in questo comparto provengono dai grandi allevamenti di tipo industriale, mentre a volte l'ossessione di alcuni controlli — che io definirei « iperigienisti » — tende a danneggiare le piccole e medie produzioni artigianali ed agricole come se il problema igienico-sanitario riguardasse solo le piccole imprese e non le grandi, in specie per la BSE e la diossina.

Occorre dunque calibrare gli interventi e riuscire ad imporre il concetto della qualità che è diverso da quello della sterilità di un prodotto, nel senso che un prodotto non è buono e di qualità soltanto se sterile, anche perché abbiamo potuto

constatare che a seguito della BSE e della diossina i prodotti sono tutt'altro che sterili.

Il Governo in sede europea deve proporre normative e regolamenti chiari, volti a stabilire il principio della differenza tra le produzioni di tipo agroalimentare industriale e quelle di tipo artigianale tradizionale. Occorre stabilire parametri differenti che tengano conto delle specificità dei paesi dell'Unione europea; occorre un regolamento che sia meno condizionato dalle esigenze delle grandi multinazionali del cibo che puntano ovviamente ad uniformare ovunque il cibo e a renderlo quindi sterile ed omologato.

Nello stesso tempo, riteniamo che quando si verificano alcuni problemi, questi diventino emergenze generali, in quanto si ripercuotono su intere filiere alimentari. Un'altra esigenza importante è quella di rivedere la normativa in materia di HACCP; tale intenzione è stata già preannunciata dal ministro Letta, quando ho lanciato l'allarme che il rischio di HACCP interferisse con la possibilità di utilizzare i forni a legna nel nostro paese; allo stesso tempo, si tengono in piedi forme di allevamento che sono assolutamente nocive, in quanto gli animali sono tenuti in condizioni tali che le produzioni alimentari rischiano di essere fortemente tossiche.

Accolgo, quindi, positivamente quanto preannunciato dal rappresentante del Governo e spero che siano resi noti al più presto i risultati dell'ispezione; avrei piacere che vi fosse anche una trasmissione dei risultati alla Commissione agricoltura della Camera dei deputati. È altrettanto importante che al più presto il Ministero della sanità venga a riferire su una radicale modifica di atteggiamenti rispetto ai principi della qualità alimentare.

Voglio ricordare che esiste una proposta di legge in materia di fitofarmaci, elaborata dalla Commissione agricoltura e già licenziata, attualmente bloccata da un sostanziale veto delle strutture burocratiche del Ministero della sanità; tra l'altro, abbiamo previsto un'agenzia per i pesticidi ed ora — anche se spero che si tratti

soltanto di equivoci — sembrerebbe che le gelosie tra i ministeri costringano il nostro paese a non avere, a quasi vent'anni dall'inizio dei lavori, una legge in materia di fitofarmaci; sappiamo bene che i più recenti dati scientifici dimostrano in modo plateale che siamo inquinati, in quanto assorbiamo un'infinità di sostanze tossiche e, addirittura, in senso lato, cancerogene. Sarebbe ora di agire in questa materia, partendo dal versante più delicato, quello degli allevamenti: si comprende finalmente che non possiamo nutrire di immondizia gli animali pensando che le loro carni siano sane. Questa è la lezione che ci è stata data dalla vicenda della BSE e da quella del pollo alla diossina; siamo, però, convinti che rischieremo vicende analoghe se non si interviene e se non si guarda alle filiere di produzione, piuttosto che limitarci ad analizzare il prodotto finale e ad assicurarci semplicemente che esso non contenga batteri: infatti, magari un prodotto alimentare potrà non avere batteri, ma un elevato livello di PCB, è ancora più pericoloso.

Vi sono, poi, altri segmenti importanti che il ministero deve tenere in considerazione, tra cui la promozione dell'allevamento biologico, che finalmente è stato regolamentato dall'Unione europea nell'estate scorsa. L'allevamento biologico rappresenta la futura possibilità di avere carni di qualità e di porre l'Italia tra i paesi che realizzano produzione di qualità. Consideriamo anche che le vicende relative alla BSE e alla diossina non vedono, per nostra fortuna, l'Italia al centro di scandali alimentari.

Infine, sempre nel settore dell'agricoltura biologica, si incontrano problemi come, purtroppo, accade quasi sempre con il comparto burocratico del Ministero della sanità in materia di sicurezza alimentare. La proposta di legge votata all'unanimità dalla Commissione agricoltura della Camera sull'uso di mezzi tecnici in agricoltura biologica trova ancora ostacoli da parte delle direzioni del Ministero della sanità. Nel nostro paese esiste un paradosso: non vi sono problemi nel consumare per uso personale il proполи; se

invece si usa tale sostanza per irrorare una pianta, si è nell'illegalità in quanto la si sarebbe dovuta registrare come fitofarmaco. Questo fenomeno paradossale avviene per tutti i mezzi naturali utilizzati in agricoltura biologica!

La Camera dei deputati si è espressa più volte con ordini del giorno e con altri strumenti, ma siamo sempre rimasti bloccati dal Ministero della sanità. Si dice che non si debbono approvare troppe leggi, ma si è arrivati al paradosso di approvare una legge quando sarebbe stata sufficiente una procedura regolamentare. Abbiamo approvato la proposta di legge in Commissione, ma ora ci troviamo di fronte ad un blocco a causa di una percezione vetero-burocratica delle norme, che impone di registrare come fitofarmaco, ad esempio, la sabbia di quarzo.

Si potrebbe certamente pensare a mezzi di notificazione per rendere noto che vi sono sostanze naturali che possono essere velenose: ad esempio, il fatto che la cicuta sia una sostanza naturale, non vuol dire che essa non possa fare del male; tuttavia, ci troviamo di fronte ad un paradosso rappresentato da un blocco burocratico. È importante, dunque, che il comparto degli allevamenti di qualità sia ricompreso nel settore della sanità. Diversamente da altri paesi, che lo comprendono nel settore dell'agricoltura, noi abbiamo sempre difeso, anche come verdi, la decisione di mantenerlo nel settore della sanità, ma ovviamente deve starvi a garanzia della qualità e di una reale sicurezza alimentare.

Un altro aspetto importante riguarda il settore del biologico, la normativa in materia di fitofarmaci, ovvero di *pesticide*, come si dice in inglese — mentre i nostri produttori chimici italiani odiano la traduzione di questo termine, che sarebbe « pesticidi », perché affermano che abbia un significato negativo —, ed il comparto dei prodotti tipici e di qualità. Non possiamo più consentire che si incontrino quasi sempre difficoltà con le realtà della burocrazia, soprattutto territoriale, della sanità nazionale, cui spetta una mera applicazione di norme. Abbiamo casi pa-

radossali, come quelli del lardo di Colonnata e quello del formaggio di fossa: vi sono stati agenti delle ASL che hanno chiesto di ricoprire con piastrelle di ceramica le grotte in cui da centinaia di anni si produce il formaggio di fossa o che hanno chiesto di produrre il lardo di Colonnata, anziché nel marmo, in vasche di acciaio inox. Sono tutte applicazioni deformi di una logica che ci fa sembrare una colonia dell'Unione europea, anziché uno Stato membro e fondatore, secondo cui, anziché imporre una regolamentazione europea che tuteli le biodiversità alimentari, che rappresentano una ricchezza anche economica, oltre che culturale e storica, ci si comporta in modo da determinare il rischio che molti nostri produttori si trovino in serie difficoltà.

A volte, infatti, l'applicazione pedissequa dei regolamenti dettati per le grandi produzioni industriali alle nostre produzioni di collina e di montagna rischia di portare a situazioni paradossali. Mi sembra giusto, allora, che nella risposta ad un'interpellanza che riguarda una delle tante punte dell'*iceberg* del problema della sicurezza alimentare, vi fosse da parte del Governo l'assicurazione dell'intenzione di rivolgere alla questione la massima attenzione e da parte del Ministero della sanità l'indicazione di una vera e propria svolta culturale, che passi magari attraverso corsi di formazione per il personale, affinché capisca che il suo compito non è quello di garantire che un prodotto sia sterile, ma qualcosa di ben diverso. Negli Stati Uniti, infatti, magari hanno bisogno di produrre soltanto due tipi di formaggi, per rifornire forse 500 mila *fast food*, mentre il nostro paese ha 400 tipi di formaggi diversi e non ha alcun interesse a rinunziarvi.

D'altronde, non è questa neppure la linea del Governo, che ha riconosciuto i prodotti agroalimentari addirittura come beni culturali. Mi sembra sia questa la volontà pressoché unanime del Parlamento, che è stata affermata in tutte le occasioni in cui ne abbiamo parlato: ogni volta, però, noi deliberiamo, legiferiamo, ma poi, quando si arriva alla fase del-

l'applicazione burocratica da parte dei Ministeri, le cose cambiano. Molte volte è capitato che funzionari del Ministero in comitati tecnici europei abbiano votato in modo totalmente difforme rispetto alla volontà politica espressa nella sede della sovranità popolare. Mi sembra allora che sia importante lo svolgimento di un monitoraggio costante su alcuni temi importanti, quali il biologico, la qualità e la sicurezza alimentare, nonché la difesa dei prodotti tipici e della qualità del settore agroalimentare italiano. Il Ministero della sanità deve adottare una linea rigorosa di difesa della qualità e della salute: quindi, la salute insieme alla qualità e non la salute intesa come sterilità dei prodotti, che diventerebbero insapori, incolori ed inodori, buoni soltanto per essere esposti su qualche megabancone di un megasupermercato, ma inutili per la qualità della vita della gente, che invece per noi è importante, nonché per la qualità della vita dei produttori. Vi sono, infatti, produttori che realizzano cose eccellenti e che rischiano di dover chiudere le loro aziende proprio perché molte volte impattano in una normativa o in una sua applicazione assolutamente sbagliate.

Pertanto, signor rappresentante del Governo, la ringrazio per la sua attenzione, ma soprattutto auspico, considerato anche che lei è nuovo nella carica, che lei si faccia carico direttamente di fare in modo che in questo Ministero non troviamo sempre e soltanto un muro di gomma ed ostacoli insormontabili per l'applicazione di leggi importanti approvate.

Spero, da ultimo, che anche la legge che ci accingiamo ad approvare in Assemblea (che oggi è stata inopinatamente tolta dal calendario dei nostri lavori), riguardante i traccianti nel latte in polvere, riceva la necessaria attenzione. Essa ha lo scopo di evitare le truffe nell'utilizzazione del latte per uso zootecnico proveniente da altri paesi: tra l'altro, questo latte « gonfia » le produzioni italiane, cosicché da una parte paghiamo le multe e dall'altra corriamo il rischio della sua possibile riutilizzazione nella produ-

zione di alimenti ad uso umano. È importante, allora, che una volta approvate le nostre leggi su questa materia siano poi difese in sede europea, a tutela dei nostri interessi nazionali, che in questo caso coincidono con quelli dei consumatori e dei produttori di qualità (*Applausi dei deputati del gruppo misto-Verdi-l'Ulivo*).

(Misure sanitarie per i profughi provenienti dalla regione balcanica)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Tassone n. 3-03878 (*vedi l'allegato A – Interpellanze e interrogazioni sezione 3*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

FABIO DI CAPUA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, in relazione all'atto parlamentare in esame presentato dall'onorevole Tassone, si rappresenta quanto segue.

La situazione igienico-sanitaria nei campi di accoglienza per i profughi provenienti dal Kosovo, situati in Albania ed in Macedonia, presenta effettivamente aspetti di rischio per quanto concerne le malattie a trasmissione fecale-orale e le malattie respiratorie sia per la scarsità e, in qualche caso, per la mancanza di acqua corrente potabile e di adeguati servizi igienici, sia per l'affollamento e le condizioni climatiche dei luoghi in cui sono situati i campi profughi.

L'ufficio regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità fornisce dati che se sono rassicuranti per quanto riguarda la poliomielite e la difterite – malattie praticamente eliminate grazie agli elevati livelli di copertura vaccinale raggiunti in passato – non lo sono altrettanto per gli aspetti relativi alla possibilità di accesso a servizi di assistenza sanitaria di base, sia in Kosovo sia nelle altre regioni balcaniche interessate dal conflitto, alla mancanza di farmaci essenziali e all'impossibilità di continuare le attività di medicina preventiva, in particolare le vaccinazioni per l'infanzia.

La situazione sanitaria nei campi profughi viene comunque monitorata dal personale sanitario operante nei campi stessi con diffusione di periodici bollettini consultabili nel sito Internet dell'ufficio regionale europeo dell'OMS. Da qui non emergono, tuttavia, situazioni epidemiche delle malattie citate nelle interrogazioni parlamentari: in particolare, non hanno trovato conferma voci relative ad episodi di meningite meningococcica o di altra natura nei campi profughi.

Per quanto riguarda l'arrivo sulle coste italiane di profughi e, più in generale, di immigrati irregolari, provenienti tanto dai Balcani quanto da altre aree, si sottolinea come per gli aspetti sanitari le regioni e le autorità centrali siano preparate a seguire la situazione sulla base delle esperienze maturate in precedenti occasioni.

L'organizzazione generale del sistema sanitario consente di individuare e di circoscrivere rapidamente casi di malattie trasmissibili mediante la messa in atto di appropriate misure di sanità pubblica per le quali le regioni hanno ricevuto linee di indirizzo aggiornate con una circolare ministeriale (la n. 4 del 1998). Inoltre, con telegramma in data 31 marzo 1999 sono state richiamate le linee guida per la gestione dei centri di accoglienza in occasione di massicci afflussi di cittadini stranieri nelle quali sono contenute disposizioni per l'attuazione di sistemi di sorveglianza epidemiologica, per le malattie trasmissibili, con segnalazioni giornaliere immediate alle autorità sanitarie regionali ed al Ministero della sanità.

Con il predetto telegramma è stata richiamata, in particolare, l'attenzione delle regioni e delle province autonome sulla necessità di verificare lo stato vaccinale dei bambini facenti parte dei gruppi di profughi, procedendo, se necessario, alla loro vaccinazione secondo il calendario in uso per quelli italiani.

È stato anche preso in considerazione l'aspetto relativo alla prevenzione di malattie infettive in persone dirette nell'area balcanica per prestare aiuti umanitari, fornendo alle regioni, in data 8 aprile 1999, indicazioni per l'esecuzione di una

serie di vaccinazioni, allo scopo di salvaguardare non solo la salute e, di conseguenza, l'operatività di quanti sono impegnati in questo lodevole compito, ma anche la salute della collettività nella quale questi faranno ritorno al termine della missione umanitaria. Le aziende sanitarie locali e le regioni hanno collaborato attivamente alla messa in atto di queste misure di prevenzione sia intervenendo direttamente nei centri di accoglienza situati nel territorio nazionale, sia vaccinando e fornendo adeguate informazioni ai numerosi volontari che, finora, hanno partecipato alle operazioni di soccorso umanitario nei Balcani.

PRESIDENTE. L'onorevole Tassone ha facoltà di replicare.

MARIO TASSONE. Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario per la risposta e per le notizie che ci ha fornito. Sarebbe altresì certamente opportuno, onorevole sottosegretario, che si facesse maggiore chiarezza riguardo alle condizioni sanitarie di numerosi campi profughi disseminati nel territorio nazionale e soprattutto nel sud.

Mi riferisco soprattutto a quanto è accaduto in Calabria dove l'intervento sanitario, in particolare quello per la prevenzione, dovrebbe essere un dato costante e non lasciato all'eventualità. Penso che ciò che manca — e questo è un po' il significato della mia interrogazione — sia un'azione coordinata ed organica. Bisognerebbe invece capire quale tipo di lavoro sia stato compiuto dalle aziende sanitarie locali, soprattutto in Calabria, e quale l'attività compiuta da quella regione.

Signor sottosegretario, mi consta che vi è stato un impegno del volontariato perché le strutture sanitarie pubbliche sono carenti. Non c'è dubbio che anche il monitoraggio e l'accertamento delle malattie infettive e delle loro trasmissioni è un fatto utile ma sarebbe utile anche un'azione coordinata, più efficace e più organica, che invece manca sia nel settore sanitario che in altri settori.

Credo non sfugga a nessuno quali siano le condizioni ambientali, i drammi e i disagi (la recente vicenda di Trapani è stata sottolineata più volte e con molta efficacia dall'onorevole Grillo). Si tratta di aspetti su cui il Governo dovrà tornare anche per portare avanti una politica seria con riferimento alla salute e più in generale al settore sanitario. Vi è bisogno di interventi molto più appropriati soprattutto con riferimento ai bambini e ai nuclei familiari, alla vivibilità dei campi profughi e in particolar modo alla prospettiva politica futura.

Mi rendo conto che in questo momento le richieste e le sollecitazioni da me fatte in questa sede riguardano la politica complessiva del Governo ma soprattutto il Parlamento. Non c'è dubbio che la risposta che lei mi ha dato, signor sottosegretario, dimostra una buona volontà ma non più di questo. Ho intravisto nella sua risposta qualche difficoltà a dare notizie concrete e precise. Sarebbe invece opportuno conoscere il livello di intervento, il numero dei vaccini somministrati e se si sono registrate delle malattie. Lei invece non ci ha parlato di malattie né di epidemie, eppure sappiamo che qualche fenomeno di questo genere c'è stato, di cui però non conosciamo la consistenza. Sarebbe quindi opportuno che lei ci fornisse un quadro complessivo — ovviamente non in questo momento — della situazione ambientale e delle condizioni igieniche in Italia. Certo, è bene avere anche un quadro complessivo di ciò che avviene nei Balcani e nei campi di raccolta dei profughi e sapere per curiosità — ovviamente tra virgolette — se le aziende sanitarie locali siano in contatto con il Ministero della sanità.

Ritengo che la sua risposta sia generosa rispetto ad un'azione del Governo che è a mio avviso carente. Per questo motivo, signor Presidente, non posso dichiararmi soddisfatto e nemmeno parzialmente soddisfatto. Sono insoddisfatto non per la buona volontà del sottosegretario ma per la risposta generica, forse lasciata, per così dire, alle buone intenzioni per il futuro. Mi auguro che il Ministero della

sanità troverà l'occasione e l'opportunità di fornire al Parlamento i dati che avevo sommamente chiesto con la mia interrogazione e che oggi non ci sono stati dati.

(Misure per contrastare la diffusione negli ospedali del morbo della legionella)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Marengo n. 3-04094 (vedi l'allegato A - Interpellanze e interrogazioni sezione 4).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

FABIO DI CAPUA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, rispondiamo anche alle due interrogazioni parlamentari in materia già presentate a suo tempo.

Si fa, innanzitutto, presente che la legionellosi è sottoposta a notifica obbligatoria con le modalità previste per le malattie di classe seconda dal decreto ministeriale del 15 dicembre 1990. I dati al riguardo, pervenuti con i riepiloghi mensili delle regioni, sono regolarmente pubblicati sul *Bollettino epidemiologico* del Ministero, dipartimento della prevenzione. Inoltre, con una circolare ministeriale del 29 dicembre 1993, è stato istituito un sistema di sorveglianza con una scheda per i dati epidemiologici riguardanti il caso e, ove possibile, per l'invio di materiale biologico di un paziente all'Istituto superiore di sanità.

Al fine di confermare la diagnosi e di permettere la tipizzazione dei ceppi di legionella circolanti nel nostro paese è anche attivo un sistema di sorveglianza europeo dei casi di legionellosi che si verificano in cittadini stranieri che abbiano soggiornato in strutture turistico alberghiere del nostro paese. Normalmente i casi di legionellosi si manifestano come sporadici. Qualora pervenga notizia, ovvero informazioni da notizie di stampa di focolai epidemici di legionellosi, vengono richieste informazioni alla regione coinvolta circa l'indagine epidemiologica svolta e le eventuali misure di controllo e prevenzione intraprese.

Questa procedura viene eseguita inoltre ogni qualvolta sia notificato un caso di legionellosi in un cittadino straniero dal succitato sistema di sorveglianza europeo.

Al fine di fornire alle regioni un documento cui fare riferimento per la stesura di protocolli operativi per la prevenzione e il controllo della legionellosi per il Giubileo del 2000, è stato istituito un gruppo di lavoro sulla legionellosi composto da esperti dei competenti dipartimenti di questo Ministero e dei competenti laboratori dell'Istituto superiore di sanità per stilare quanto prima linee guida al riguardo. A tal proposito, mi riservo di fornire all'onorevole Marengo ulteriori informazioni in merito all'impegno del Ministero e, soprattutto, in merito agli impegni assunti nel passato da un mio predecessore, il professor Condorelli, in termini di informazione e di vigilanza. Con i tempi che ci saranno consentiti dalla nostra possibile operatività, è un impegno personale che mi assumo nei confronti dell'onorevole Marengo.

PRESIDENTE. L'onorevole Marengo ha facoltà di replicare.

LUCIO MARENGO. Signor Presidente, sottosegretario, alcuni anni fa, quando, leggendo le notizie di agenzia, vidi per caso questo strano vocabolo « legionellosi » — non sono un medico — fui molto incuriosito. Venni a conoscenza che in un altro Stato del mondo si era verificata un'epidemia, per la verità molto circoscritta. Mi preoccuparono soprattutto le cause; come lei ben sa, le cause sono da ricondursi quasi sempre ad impianti di condizionamento d'aria mal controllati o mai controllati, come avviene in questo nostro paese in cui negli ospedali quasi mai sono controllati gli impianti di condizionamento. Ciò avviene, in particolare, nelle zone della Puglia, anche se il fenomeno è diffuso in tutta l'Italia perché si è molto superficiali.

L'anno scorso apparve la notizia di questa epidemia. Il sottosegretario Condorelli, quasi ironizzando sul contenuto della mia interrogazione, lasciò intendere

che parlavo di qualcosa che non esisteva né in cielo né in terra. Dopo due anni si dimostra la validità della mia tesi: in due grandi ospedali italiani si verifica un'epidemia di legionellosi, ne nasce uno scandalo e si ritorna a parlare di questa strana malattia.

Quando si sollevano certi problemi non lo si fa per interesse personale. Ciascuno di noi però ha paura di finire in ospedale, specialmente in alcuni, ed io sono terrorizzato dal fatto che vi si entri sani e si esca malati. Questa è la verità. Che cosa costa alle strutture ospedaliere verificare questi impianti?

Il Ministero della sanità ha un proprio servizio ispettivo, che ogni tanto dovrebbe essere mobilitato e mandato in giro per l'Italia a verificare se le cose funzionano così come prevede la legge, né più né meno. Non è quindi un fatto di propaganda personale, ma di timori, in particolare — come lei mi insegna, essendo medico — per i soggetti anziani e per i bambini.

Se allora prevenire questo tipo di malattia non costa niente, perché non si fanno i controlli? Quando poi si parla non di ospedali ma di strutture adibite ad uffici, dove può verificarsi lo stesso fenomeno, sarebbe bene mobilitare le ASL affinché questo tipo di controlli vengano effettuati proprio a titolo di prevenzione del possibile diffondersi della malattia in questione.

La ringrazio comunque della sua risposta, onorevole Di Capua. Lei è sottosegretario da poco ed è anche medico e sono certo che si preoccuperà di questo problema. Io le faccio innanzitutto i miei auguri per il suo incarico, per ragioni di simpatia personale e perché sono convinto che lei si impegnerà affinché negli ospedali venga svolta opera di prevenzione in modo che quanto è accaduto in due ospedali lo scorso anno non si verifichi più (*Applausi dei deputati del gruppo di Alleanza nazionale*).

PRESIDENTE. Avverto che, a seguito dello svolgimento dell'interrogazione Marengo n. 3-04094, deve considerarsi assor-

bita anche l'interrogazione Marengo n. 3-04055 (*vedi l'allegato A — Interpellanze e interrogazioni sezione 4*), vertente sullo stesso argomento.

(Ritardi e disfunzioni nella somministrazione del vaccino antipolio)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Carlesi n. 3-04164 (*vedi l'allegato A — Interpellanze ed interrogazioni sezione 5*).

Il sottosegretario per la sanità, onorevole Di Capua, al quale anche la Presidenza rivolge i suoi auguri, ha facoltà di rispondere.

FABIO DI CAPUA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La ringrazio, Presidente.

Con l'entrata in vigore del nuovo calendario della vaccinazione antipoliomelittica che, in accordo a quanto indicato nel decreto ministeriale 7 aprile 1999, va ora effettuata somministrando due dosi di vaccino antipoliomielittico inattivato, seguite da due dosi di vaccino antipoliomielittico orale (tipo Sabin), alcune aziende sanitarie locali ed alcune regioni hanno effettivamente lamentato difficoltà nell'approvvigionamento del vaccino inattivato.

Tali difficoltà si sono accentuate in particolar modo nei mesi estivi, tra la prima decade di luglio e la fine di agosto e possono aver portato a ritardi nell'inizio e nel completamento della vaccinazione antipoliomielittica. Per la verità, non è del tutto esatto che tutti i bambini italiani da tre a cinque mesi siano stati o siano tuttora nell'impossibilità di essere vaccinati contro la poliomielite. L'emergenza legata agli eventi bellici in Kosovo e la necessità di vaccinare con vaccino inattivato sia i volontari italiani diretti nella zona per prestare aiuti umanitari, sia i numerosi bambini facenti parte dei gruppi di rifugiati può aver contribuito, anche in modo rilevante in alcune realtà regionali, alla momentanea carenza di vaccino antipolio inattivato. Le regioni, comunque, erano state tempestivamente informate sia

dell'imminente entrata in vigore del decreto ministeriale del 7 aprile 1999, sia della disponibilità assicurata per iscritto dalla ditta distributrice del vaccino inattivato, nella forma singola e combinata, a far fronte alle immediate necessità delle regioni e delle province autonome.

In ogni caso, prevedendo inevitabili difficoltà di pronto approvvigionamento nelle prime fasi di transizione da una modalità all'altra di vaccinazione antipolio, questo Ministero si era reso disponibile ad esitare eventuali richieste di vaccino inattivato, attingendo alle scorte costituite presso il proprio magazzino del materiale profilattico e, in tale ottica di collaborazione, ha fornito alle regioni ed alle province autonome circa 10 mila dosi di vaccino inattivato nel solo periodo aprile-giugno 1999.

Circa le disfunzioni interne al Ministero della sanità, ipotizzate dall'onorevole Carlesi, si rappresenta come il nuovo calendario della vaccinazione antipoliomielitica — che è un punto saliente delle proposte della commissione di esperti istituita con decreto ministeriale del 20 ottobre 1997 — e le ragioni epidemiologiche di sanità pubblica che ne suggerivano l'applicazione nel più breve tempo possibile siano stati ampiamente discussi nel corso della seduta del 17 marzo 1999 del Consiglio superiore di sanità, cui erano invitati anche i rappresentanti istituzionali del dipartimento valutazione medicinale e farmacovigilanza.

Il passaggio alla vaccinazione antipolio sequenziale, che vede il nostro paese allinearsi ad altri paesi industrializzati, europei ed extraeuropei, dove è stata eliminata la poliomelite da virus selvaggio, era stato sollecitato non solo dalla sopracitata commissione di esperti, ma anche da numerosi rappresentanti delle regioni e delle ASL, oltre che da privati cittadini.

L'adozione del nuovo calendario delle vaccinazioni antipolio era necessaria per ridurre quanto più possibile il rischio di polio paralitica associata a vaccini. Tale complicazione, per quanto rarissima — pare si verifichi un caso ogni 2 milioni e

mezzo di dosi somministrate, ma nei ricevuti la prima dose di vaccino la frequenza scende ad un caso ogni 500 mila dosi (in realtà la frequenza aumenta) —, non può essere accettata né dall'opinione pubblica, né dagli stessi operatori di sanità pubblica, in situazioni nelle quali non si verificano più casi di malattia da virus selvaggio.

Il rischio di importazione di casi di poliomelite da virus selvaggio è ora molto più modesto che in passato grazie alle attività per l'eradicazione della polio promosse e sostenute dall'OMS, che hanno portato ad una notevole riduzione della morbosità per poliomelite a livello globale e all'assenza di casi nella regione europea dell'OMS dallo scorso novembre 1998. A ciò si aggiunga l'ottimo livello di copertura immunitaria della popolazione italiana nei confronti della malattia: la copertura vaccinale nei bambini di età inferiore ai due anni è di circa il 95 per cento sul territorio nazionale. Questo, naturalmente, non autorizza ad abbassare la guardia e, soprattutto, a rinunciare alla vaccinazione di massa come mezzo di prevenzione.

La scelta della vaccinazione antipoliomielitica sequenziale rappresenta, pertanto, il modo per contemperare esigenze di tutela della salute collettiva e di salvaguardia della sicurezza del singolo individuo; al riguardo, va anche segnalato come, dopo la registrazione, avvenuta lo scorso maggio, di un altro vaccino pentavalente contenente il vaccino inattivato e la conseguente immissione dello stesso sul mercato in Italia ad opera di una seconda azienda farmaceutica, la situazione relativa alla disponibilità di tale vaccino per i nuovi nati dovrebbe considerarsi normalizzata.

PRESIDENTE. L'onorevole Carlesi ha facoltà di replicare.

NICOLA CARLESI. Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Di Capua ma, nonostante l'affetto che nutro nei suoi confronti, avendo svolto in questi anni un lavoro comune in Commissione affari sociali, non posso dichiararmi soddisfatto

della sua risposta perché egli, di fatto, ha confermato ciò che è contenuto nella mia interrogazione e, quindi, che ci troviamo di fronte ad un caso non voglio dire di malasanità, ma di inefficienza e di inefficacia, questa volta da non imputare alle regioni. Oggi abbiamo parlato dell'influenza e del sistema sanitario lombardo; le regioni hanno responsabilità e tutti siamo pronti a riconoscerle ma, in questo caso, non ve ne sono da parte loro.

Il sottosegretario ha confermato che vi è stato un periodo, che a me non risulta andare soltanto da luglio ad agosto, bensì fino a settembre — nel mio Abruzzo, e quindi in qualche regione, fino alla fine di settembre si è verificato tale inconveniente —, nel corso del quale non è stato possibile vaccinare i bambini contro la polio. Vi sono stati ritardi ed inefficienze da parte del sistema sanitario centrale e, dal mio punto di vista, del Ministero della sanità, ma il sottosegretario non ci ha detto a cosa ciò sia dovuto. Egli ha parlato del Kosovo.

Effettivamente, si sono avuti due o tre mesi di disagi, di ansie e di angoscia. Credo che siano state eccessive l'ansia e l'angoscia di quelle famiglie che non potevano vaccinare i propri bambini, perché sappiamo che — ringraziando Iddio — la situazione non è drammatica rispetto al problema della poliomelite in Italia. Si è però sicuramente registrato un disagio per le famiglie non solo in termini psicologici, nel momento in cui si presentavano alle aziende sanitarie per avere il vaccino e si sentivano opporre un rifiuto. Non solo veniva rifiutata la vaccinazione, ma veniva addirittura — come è avvenuto nel mio Abruzzo — detto a questi genitori che sarebbero dovuti ritornare, che li avrebbero richiamati e che avrebbero però dovuto sottoscrivere un documento nel quale dichiaravano che erano stati messi a conoscenza che il vaccino non era testato dall'Istituto superiore italiano della sanità, ma solo ed unicamente dall'Istituto superiore francese, vale a dire dai responsabili di quel paese dal quale proveniva il vaccino stesso (mi riferisco al vaccino Salk).

Rispetto a questa situazione non si può affermare che si sia trattato soltanto di una fase di transizione, ma occorre precisare che quella situazione è stata il frutto di una evidente disorganizzazione all'interno del Ministero perché non vi è stata comunicazione, o quanto meno non vi è stata concertazione, o quanto meno non si sono messi d'accordo o non comunicano tra loro due uffici: il dipartimento di prevenzione, da una parte, che ha provveduto alla messa in atto del decreto sulla base del quale si è poi passati a queste nuove modalità di vaccinazione; e, dall'altra parte, l'ufficio di valutazione per l'immissione in commercio delle specialità medicinali, che deve testare questi vaccini. È evidente che la confusione e la mancanza d'una organizzazione adeguata hanno evidentemente messo in ansia i familiari dei bambini, creando sicuramente un disservizio nelle nostre ASL.

So benissimo che ora il problema è stato risolto (ci mancherebbe altro, perché diversamente non saremmo più una nazione civile che ha risolto il problema della poliomelite); ma, come giustamente affermava il sottosegretario, non si deve abbassare la guardia!

Mi vorrei ora soffermare sull'ultima affermazione del rappresentante del Governo, secondo la quale i rischi di contrarre la poliomelite in Italia sono bassissimi, anche in relazione al fenomeno dell'emigrazione perché vi è una Organizzazione mondiale della sanità che si sta adeguatamente organizzando per il controllo di tale fenomeno. Non si può tuttavia abbassare la guardia e non tenere conto che in una società come la nostra che si sta organizzando su un modello di tipo multirazziale esiste anche il problema della clandestinità, che è molto difficile da controllare; il rischio di questi fenomeni aumenta e bisogna pertanto alzare e non abbassare la guardia rispetto a problemi come quello della poliomelite. Basti pensare al fatto che purtroppo in Italia sta riemergendo la tubercolosi, proprio in relazione ai flussi migratori clandestini!