

riodo di provata esposizione all'amianto è moltiplicato per il coefficiente di 1,5 »;

il riferimento ai « lavoratori », come destinatari dai benefici pensionistici previsti per l'esposizione all'amianto, formulato dall'articolo 1, comma 1, della legge 4 agosto 1993, n. 271 va inteso come estensione anche ai lavoratori autonomi dei benefici in parola previsti dalla precedente legge n. 251/1992 solo per i « lavoratori dipendenti » —:

la Corte di Cassazione con sentenza, autorevole ma isolata e non emessa dalle Sezioni Unite, del 10 aprile del 2002 ha limitato l'erogazione dei benefici pensionistici previsti per i lavoratori esposti all'amianto solo nei confronti dei « lavoratori dipendenti »;

la sentenza della Cassazione, secondo l'interrogante, oltre a non tener conto delle modifiche legislative richiamate ed introdotte dalla legge n. 271 del 1993 appare in contrasto con i principi costituzionali di cui agli articoli 3, 32, 35 e 38 della Costituzione —:

quale sia l'interpretazione del Ministro, autorevole e attesa anche dalle sedi distaccate dell'INPS, in ordine alla corretta applicazione della normativa richiamata.  
(4-09183)

MIGLIORI. — *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, al Ministro delle comunicazioni.* — Per sapere — premesso che:

le recenti politiche della TELECOM di drastica riduzione delle tradizionali sinergie collaborative con aziende collegate dislocate sul territorio sta comportando un inaccettabile taglio occupazionale all'intero settore;

in particolare, solo negli ultimi mesi, è fallita la società Retegamma, mentre nelle società CET, Padovani Seit, ITEA tutte operanti nel centro-nord sono state avviate le procedure di cassa integrazione;

migliaia di posti di lavoro sono andati perduti;

risulta particolarmente penalizzata sul piano sociale una riduzione quantitativa e qualitativa delle collaborazioni tradizionali della TELECOM con le aziende dell'indotto —:

quali iniziative urgenti si intendano assumere per assicurare il mantenimento dei livelli occupazionali alle aziende operanti nel complessivo indotto della TELECOM.  
(4-09198)

\* \* \*

SALUTE

*Interrogazione a risposta orale:*

GRILLINI, SASSO e CALDAROLA. — *Al Ministro della salute.* — Per sapere — premesso che:

il decreto ministeriale 26 gennaio 2001 pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 3 aprile 2001, n. 78 prevede un articolato concernente i protocolli per l'accertamento delle idoneità del donatore di sangue;

lo stesso decreto indica in dettaglio nell'Allegato n. 2 lo schema di cartella sanitaria del donatore e il modello di questionario che lo stesso deve compilare, modello nel quale sono correttamente indicate tre domande sui comportamenti sessuali:

la prima, al numero 14, sui « comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive e/o in cambio di denaro o di droga »;

la seconda, al numero 16, su possibili « rapporti sessuali con un partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C »;

la terza, al numero 38, su « rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive »;

nel modello ministeriale, pertanto, non sono indicati elementi discriminatori

né «gruppi a rischio» ma si richiede al donatore di sottoscrivere un modulo dal quale devono emergere eventuali comportamenti a rischio, validi sia per gli omosessuali che per gli eterosessuali;

stessa *ratio* emerge dall'Allegato n. 4 relativo ai criteri di esclusione permanente o temporanea del donatore dove si riconferma unicamente il divieto di donazione per chi ha «comportamenti sessuali ad alto rischio di trasmissione di malattie infettive, comprese le persone che hanno avuto rapporti sessuali in cambio di denaro o di droga»;

presso la Banca del Sangue del P.O. del Policlinico di Bari, dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, dell'Ospedale di Venere, invece il modulo che il donatore dovrà sottoscrivere esclude al punto 2 colui/ei che ha avuto «rapporti omosessuali» evidentemente considerati di per sé ad alto rischio di infezione;

questa indicazione non è pertanto sorretta dalla normativa nazionale e si presenta anzi in contrasto con la stessa, come frutto di scelte e valutazioni dell'Unità Operativa Medicina Trasfusionale che appaiono innegabilmente discriminatorie e ingiustificate;

i suddetti comportamenti posti in atto nel Policlinico di Bari e in altri nosocomi italiani appaiono vessatori —:

quali direttive intenda assumere il Ministro affinché sia garantito a tutti i donatori di esercitare il diritto senza alcuna discriminazione, come previsto dall'attuale normativa. (3-03144)

*Interrogazione a risposta in Commissione:*

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

a livello nazionale assistiamo alla cronica carenza di personale infermieristico, confermato da alcune stime che affermano l'attualmente mancanza di circa 50.000 unità;

questa situazione ha costretto — nel recente passato — sia gli Istituti Ospedalieri, sia le R.S.A. a rivolgersi a soggetti giuridici che avevano la possibilità di fornire dette professionalità reperendole all'Estero, in particolare negli Stati dell'Est europeo. Nella stragrande maggioranza dei casi, detti soggetti giuridici si sono costituiti in forma di Cooperative con le quali, gli Enti interessati hanno provveduto a stipulare contratti in forma di convenzione per l'acquisizione delle professionalità minime utili a garantire la copertura dei servizi. Nella maggioranza dei casi, questi rapporti di lavoro non sono stati instaurati con la forma dell'appalto servizi, anche e soprattutto per le evidenti difficoltà che ciò avrebbe comportato in special modo per gli enti pubblici, i quali, in presenza di personale infermieristico dipendente di ruolo dell'Ente, non avrebbero evidentemente potuto attivare tale modalità se non attraverso fantasiose suddivisioni del servizio infermieristico stesso effettuate artatamente ed in modo strumentale unicamente per dare una parvenza di regolarità giuridica a situazioni per altri aspetti palesemente discutibili;

ora viene messa in dubbio la regolarità di suddetti rapporti di convenzione nonostante le diverse modifiche intervenute in questi anni;

grande è la preoccupazione che eventuali iniziative ispettive attivate dagli organi competenti nei confronti degli Enti pubblici coinvolti, provochino disservizi nel settore della sanità pubblica, per altri aspetti già sufficientemente in sofferenza, o peggio ancora creino la materiale impossibilità di fornire i servizi stessi a causa della difficoltà di accedere alla manodopera specializzata necessaria —:

se sia a conoscenza della grave emergenza sanitaria ed assistenziale causata dalla carenza di personale infermieristico, tanto da rendere evidente l'impossibilità di garantire all'utenza il necessario supporto professionale per il soddisfacimento dei servizi sia all'interno di ospedali ed RSA, sia nei servizi a domicilio, se non utiliz-

zando specifiche figure professionali rependole negli Stati dell'Est europeo;

quale sia l'interpretazione che il Ministro da delle normative succedutesi nel tempo e che regolamentano questa materia;

quali siano nel caso il Ministro ravvisi problematiche le iniziative che il medesimo intenda assumere al fine di permettere agli ospedali ed alle R.S.A. di poter continuare a svolgere la propria attività in modo adeguato. (5-02950)

*Interrogazioni a risposta scritta:*

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

il Ritalin è un farmaco a base di metilfenidato da molti anni utilizzato in pediatria per la cura di bambini con disturbi dell'attenzione con o senza iperattività (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD*); secondo numerose casistiche ufficiali i bambini e gli adolescenti trattati con Ritalin hanno in genere capacità intellettive superiori alla media, sono dotati di spiccata creatività e abilità motoria, sono capaci di fare più cose contemporaneamente; tuttavia tali qualità, unite alla vivacità manifestata dal bambino, sono spesso ritenute pregiudizievoli per il rendimento scolastico, semplicisticamente interpretate come sintomi di ipercinetività e irrequietezza e, di conseguenza, oggetto di terapia farmacologia;

secondo il dottor F. Baughman (cfr. l'articolo «*Making Sense of Ritalin*», di John Peanen, *Rider's Digest* gennaio 2000, pagina 158), sono fra i 6 e i 7 milioni solo negli Stati Uniti i bambini trattati con il Ritalin, e le diagnosi di ADHD sono in aumento in tutto il mondo occidentale (si parla di un raddoppio del numero di diagnosi ogni 3/4 anni negli USA e ogni anno in Inghilterra); addirittura tale disturbo viene oggi spesso diagnosticato a partire dal primo anno di vita, e alcuni medici giungono a prescrivere il Ritalin a bambini ancora lattanti;

ma l'efficacia del Ritalin nella «cura» di queste «patologie» si è dimostrata già da molti anni fallimentare; in una ricerca del 1971 (Mendelson W., Johnson N., Stewart M.A., «*Hyperactive children as teenagers: A follow-up study*», *Journal, of Nervous Mental Disorders*, vol. 153, 1971), ad esempio, si sono analizzati 83 bambini a 2-5 anni di distanza dalla diagnosi di ADD o ADHD, e il 92 per cento di essi era stato trattato con Ritalin. Ecco i risultati:

60 per cento dei bambini erano ancora iperattivi e studiavano poco (la ragione per la quale veniva loro somministrato il Ritalin), ma in più erano diventati ribelli;

59 per cento avevano avuto guai con la polizia;

23 per cento erano stati portati ad una caserma di polizia una o più volte;

58 per cento erano stati bocciati almeno una volta;

57 per cento avevano difficoltà di lettura;

44 per cento avevano difficoltà con l'aritmetica;

78 per cento trovavano difficile restare seduti a studiare;

59 per cento erano considerati dalla scuola ragazzi con problemi disciplinari;

52 per cento erano distruttivi;

34 per cento avevano minacciato di uccidere i loro genitori;

15 per cento avevano parlato di suicidio o l'avevano tentato;

il boom dell'ADHD risale comunque agli anni Novanta; nel novembre 1999 la *Us Drug Enforcement Administration (Dea)* avvertì che dal 1990 al 1995 l'uso del Ritalin si era sestuplicato; nel 1995 un organismo dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità), l'*International Narcotics Control Board (Inbc)*, deplorò che «negli Usa dal 10 al 12 per cento dei ragazzi tra

i 6 e i 14 anni sono stati diagnosticati come ammalati di *ADHD* e curati con Ritalin»; la tendenza è proseguita anche dopo il 1995. Negli Usa si smercia circa il 90 per cento del Ritalin venduto nel mondo dalla *Novartis*, il colosso farmaceutico svizzero nato nel 1997 dalla fusione tra *Sandoz* e *Ciba-Geigy*: su 40 milioni di alunni iscritti nelle scuole Usa almeno 4 milioni prendono stimolanti e la prescrizione di stimolanti per bambini compresi tra i 2 e i 4 anni si è triplicata, nonostante il foglietto d'accompagnamento del farmaco dica che il Ritalin è controindicato sotto i 6 anni; uno studio, infine, pubblicato dal *Canadian Journal of Psychiatry* (ottobre 1999) indagava su 192 bambini diagnosticati *ADHD*. 98 di loro ricevevano un trattamento di Ritalin, e tra loro il 9 per cento aveva evidenziato sintomi psicotici che sono poi spariti appena il trattamento è cessato; nessuno degli altri 94 bambini (che non erano stati medicalizzati) aveva mostrato invece sintomi psicotici;

l'aspetto più enigmatico dell'*ADHD* è che, come riporta lo stesso foglietto illustrativo del farmaco, « un'adeguata eziologia di questa sindrome è sconosciuta e non esiste un'analisi clinica in grado di diagnosticarla »; una formulazione « diplomatica » per dire che non è stato appurato, in sede scientifica, se quest'insieme di sintomi, classificati come *ADHD*, sia effettivamente rilevante sotto il profilo patologico o no, e per quali motivi; già nel 1998, del resto, una commissione di esperti statunitensi ha trovato che il metodo corrente per diagnosticare l'*ADHD* si è rivelato elusivo, cioè « non conclusivo »;

essendo il metilfenidato uno stimolante centrale, il Ritalin è inserito nella fascia dei cosiddetti farmaci d'abuso ed è incluso nella Tabella I degli stupefacenti; in effetti il Ritalin era utilizzato come una droga a tutti gli effetti già negli anni sessanta da alcune comunità di *hippies*; Tom Wolfe, nel suo articolo « Il cervello senz'anima » del 1996, così ne parla: « A volte li vedevi completamente immersi in un delirio totale da Ritalin. Non un gesto,

non un'occhiata: potevano sedere assorti in qualsiasi cosa – un tombino, le rughe del palmo delle proprie mani – per un tempo indefinito, saltando un pasto dopo l'altro, fino all'insonnia più incoercibile ... puro nirvana da metilfenidato ».

il Ritalin è al centro da anni di un fiorente mercato nero, essendo considerato una « *smart drug* », una sostanza cioè usata per sovrastimolare il cervello durante periodi di studio intenso, superlavoro o per mantenere alta la soglia dell'attenzione ed ormai è diventato la droga più diffusa fra gli adolescenti degli Stati Uniti; il metilfenidato come effetto a breve termine aumenta le prestazioni di qualsiasi persona, tanto da essere bandito dal Comitato Olimpico Internazionale; a lungo termine invece presenta tutta una serie di effetti nocivi e di complicazioni;

come si legge sul sito del Ministero della salute: « la sua commercializzazione venne sospesa in Italia nel 1989, su iniziativa dell'azienda che allora lo produceva. Visto il ruolo del metilfenidato nel trattamento dello *ADHD*, l'elevata incidenza di questa manifestazione in età pre-adolescenziale e l'assenza dal mercato nazionale di farmaci alternativi, la Commissione Unica del Farmaco e il Dipartimento del Farmaco del Ministero della salute, in un incontro, hanno invitato *Novartis*, attuale titolare del Ritalin, a presentare richiesta per la registrazione del farmaco e la sua commercializzazione in Italia. In data 18 ottobre 2000 la *Novartis* ha comunicato al Dipartimento Valutazione Medicinali e Farmacovigilanza la disponibilità per una rapida registrazione e commercializzazione del farmaco » -:

se non ritenga che la ricommercializzazione in Italia di un farmaco come il Ritalin, a proposito del quale esiste una vastissima letteratura scientifica sui suoi effetti collaterali e sulla sua sostanziale inefficacia, sia immotivata e anzi dannosa per la salute dei bambini e degli adolescenti del nostro paese. (4-09187)

GIACCO, BATTAGLIA, ZANOTTI, LUCIDI, MAURA COSSUTTA e PISTONE. — *Al Ministro della salute, al Ministro degli affari esteri, al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

in data 28 marzo 2003 il Ministro della salute, il Ministro degli affari esteri, il Ministro dell'economia e delle finanze e la regione Lazio hanno costituito una Fondazione denominata IME, Istituto Mediterraneo di Ematologia, con sede in Roma, viale Regina Elena n. 295;

tale Fondazione ha come finalità l'attivazione di un centro di specializzazione e alta eccellenza, con sede in Roma, per la cura e la ricerca sulle malattie ematiche e per il trattamento e lo studio della talassemia e delle emoglobinopatie; la realizzazione di un progetto di rete tra le strutture italiane ed estere, in particolare del bacino del Mediterraneo, specializzato nella ricerca, nel trattamento e nella formazione in campo sanitario con particolare riferimento alla ematologia e alla talassemia;

l'atto costitutivo della Fondazione prevede che il patrimonio iniziale sia erogato dal Ministero della salute e dalla regione Lazio in parti uguali;

è in atto una convenzione fra IME e A.O. «S. Camillo Forlanini» per fornire all'Istituto Mediterraneo di Ematologia le strutture necessarie all'attività della fondazione stessa;

a tutt'oggi non è ancora chiaro quali siano le strutture e il personale di cui l'IME si avvarrà e nei confronti di quali pazienti svolgerà la propria attività;

per il funzionamento e l'attività di ricerca della Fondazione, con decreto-legge n. 89 del 2003 convertito in legge n. 141 del 2003, è stata autorizzata la spesa di quindici milioni di euro per l'anno 2003 e di dieci milioni di euro per ciascuno degli anni 2004 e 2005;

lo statuto prevede che, per il periodo di tre anni, la Fondazione sia gestita da un

Commissario e da un Direttore Generale con poteri di gestione e rappresentanza; sempre per il primo triennio sono stati nominati un Comitato Tecnico Scientifico, composto da sette membri tra cui il Responsabile scientifico per il trattamento e lo studio della talassemia e delle emoglobinopatie, e un Collegio dei Revisori dei Conti, composto da tre membri;

in base allo Statuto spetta al Ministero della salute e alla regione Lazio determinare i compensi del Commissario, del Direttore Generale, dei componenti del Comitato Tecnico Scientifico e del Collegio dei Revisori dei Conti con riferimento al periodo del loro mandato —:

a che punto sia il processo di designazione delle strutture e del personale di cui l'IME potrà avvalersi e in quale modo venga effettuata tale designazione: se, cioè, il personale sarà assunto *ex novo* o sottratto ai servizi già attivi;

quale sia il livello di attività svolto dalla Fondazione a quasi un anno dalla sua costituzione; se sia già stata predisposta una lista di potenziali utenti nel bacino del Mediterraneo; se esistano già rapporti internazionali di scambi culturali e professionali che giustifichino tale attività;

a quanto ammontino i compensi determinati per il Commissario, il Direttore Generale, i Componenti del Comitato Tecnico Scientifico e del Collegio dei Revisori dei Conti della Fondazione, e quali compiti siano stati ad essi attribuiti. (4-09195)

---

#### **Apposizione di firme a mozioni.**

La mozione Bolognesi e altri n. 1-00260, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 25 agosto 2003, deve intendersi sottoscritta anche dal deputato Paola Mariani.

La mozione Magnolfi e altri n. 1-00316, pubblicata nell'allegato B ai resoconti della seduta del 9 febbraio 2004, deve intendersi sottoscritta anche dal deputato Boato.