



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 42

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

413^a seduta: mercoledì 18 gennaio 2017

Presidenza della presidente DE BIASI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8
BLUNDO (M5S)	7
FARAONE, sottosegretario di Stato per la salute	3, 6
* PAGLIARI (PD)	5
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	9

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: ALA-Scelta Civica per la Costituente Liberale e Popolare: ALA-SCCLP; Area Popolare (Ncd-Centristi per l'Italia): AP (Ncd-CpI); Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Moderati, Idea, Euro-Exit, M.P.L. – Movimento politico Libertas): GAL (GS, PpI, M, Id, E-E, MPL); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Federazione dei Verdi: Misto-FdV; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-IpI; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento la Puglia in Più: Misto-MovPugliaPiù; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà: Misto-SI-SEL.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Faraone.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-03219, presentata dal senatore Pagliari.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, il Ministero della salute, dopo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi (*Gazzetta Ufficiale* del 5 maggio 2000), ha aggiornato le stesse linee guida alla luce delle nuove conoscenze scientifiche, con l'ausilio tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità (ISS) e di figure istituzionali esperte del settore.

Il documento è stato sancito come accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 2015; pertanto, Regioni e Province autonome hanno convenuto e condiviso i contenuti delle linee guida in esame.

Per quanto attiene al focolaio di legionellosi nella città di Parma, si informa che, a partire da agosto 2016 e fino al 20 ottobre scorso, le autorità sanitarie locali hanno segnalato 42 casi di legionellosi e due decessi.

Tutti i casi sono di origine comunitaria e riguardano persone residenti, in particolare, nella zona urbana di Montebello.

L'età media dei casi è 66 anni e il rapporto maschi/femmine è di uno a uno. Le date di inizio dei sintomi variano dal 22 agosto al 9 ottobre 2016.

Successivamente, è stato segnalato il 43° caso, che riguarda una donna di 55 anni, italiana, la quale ha manifestato i sintomi dal 20 settembre; la segnalazione è avvenuta solo un mese dopo.

L'ultimo caso del *cluster*, al momento attuale, rimane quello segnalato il 15 ottobre, riguardante una persona che ha manifestato i sintomi a partire dal 9 ottobre. Nessuno tra i casi confermati è di nazionalità straniera.

Dopo la notifica del primo caso, la Regione Emilia-Romagna ha istituito un'unità di crisi, composta da esperti delle aziende sanitarie di Parma, dei servizi regionali, di ARPAE (Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia dell'Emilia-Romagna) e dell'ISS, per avviare

un'indagine epidemiologica e ambientale e per individuare le possibili fonti di esposizione.

In particolare, sono stati analizzati campioni d'acqua prelevati dalla rete domestica al domicilio dei casi, dalla rete di distribuzione idropotabile, dagli impianti di irrigazione e dalle torri di raffreddamento.

Inoltre, sono state adottate misure precauzionali urgenti, quali la disinfezione aggiuntiva della rete acquedottistica interessata, la cui acqua era già sottoposta a trattamento di disinfezione con raggi UV, la disattivazione di impianti e un provvedimento sindacale che ordina a tutti i possessori di torri di raffreddamento interventi straordinari di pulizia, manutenzione e disinfezione e la consegna della documentazione inerente alla gestione degli stessi impianti.

La prefettura di Parma ha acquisito dettagliate informazioni dall'azienda unità sanitaria locale e dall'Agenzia prevenzione ambiente energia Emilia-Romagna.

Il focolaio epidemico di legionella ha interessato un'area residenziale del quartiere Cittadella di Parma, dal mese di settembre fino ai primi giorni di ottobre 2016.

È stata fatta un'indagine epidemiologica su ogni caso, con raccolta dettagliata di informazioni su fattori di rischio individuali, su esposizione a fonti di rischio ambientali nei dieci giorni precedenti l'esordio dei sintomi, utilizzando l'apposita scheda di inchiesta epidemiologica.

I casi confermati attribuiti al *cluster* sono 43 e l'ultimo caso è stato segnalato il 15 ottobre 2016: sono stati registrati due decessi. Nella 40^a settimana i casi registrati sono stati 5. La maggior parte dei casi abita in zona o ha riferito di aver frequentato il quartiere Cittadella. Nessuno tra i casi confermati è di nazionalità straniera.

La diagnosi è stata posta sulla base degli esiti della ricerca dell'antigene urinario di legionella pneumophila sierogruppo 1, positiva in tutti i pazienti, e della ricerca di legionella pneumophila su materiale delle vie respiratorie, positiva in 8 pazienti su 24 indagati. 39 persone su 43 sono state ospedalizzate (il 91 per cento).

Il laboratorio di riferimento regionale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena è riuscito a sequenziare il DNA di legionella del primo degli 8 pazienti risultati positivi. Il sottotipo individuato (ST 146) è poco diffuso in Italia.

Nonostante si tratti di un'unica identificazione sarà ora possibile iniziare il confronto con i ceppi isolati dall'ambiente.

Sono state acquisite dalla Società IRETI – Parma (Ente di gestione reti servizi) informazioni e cartografia dell'acquedotto Bizzozzero, una relazione su cantieri reti (idropotabile, fognaria, teleriscaldamento, gas) in area Cittadella-Montebello nel periodo luglio-settembre 2016.

Sono stati eseguiti campioni di acqua in tre punti di controllo dell'acquedotto Bizzozzero, negativi all'esame colturale. Eseguiti anche campioni di acqua al domicilio dei casi registrati, nei punti di ingresso della rete. Sono state acquisite dalla Società IREN-Ambiente le modalità di pulizia e i tabulati dei percorsi di spazzamento stradale.

L'esito delle indagini ha confermato l'assenza di Legionella nella rete idropotabile del Bizzozzero, l'assenza di lavori impattanti sulla rete con interruzione del flusso, corrette modalità di pulizia degli spazi pubblici con acqua a bassa pressione e operazioni analoghe a quelle delle altre aree cittadine.

Sono state, altresì, effettuate ispezioni delle attività presenti nell'area: casa di cura «Città di Parma» e acquisizione dei documenti dei sistemi di condizionamento, con rilevazione dei campioni in vari punti delle unità di trattamento dell'aria; attività commerciali e sportive presso piazzale Maestri, campioni di un pozzo e del sistema irriguo collegato utilizzato in un'area sportiva, verifica della presenza di apparecchiature a rischio, verifica delle altre attività entro raggio di un chilometro e oltre (centri commerciali, esercizi di quartiere, attività di servizio, attività produttive, strutture sanitarie, autolavaggi).

Tutte queste azioni hanno confermato l'assenza di apparecchiature a rischio nelle varie attività; l'assenza di legionella nel sistema irriguo e nell'autolavaggio, l'assenza di legionella nei campioni presso la casa di cura.

Sono stati eseguiti prelievi alla rete idrica al domicilio-lavoro dei casi: al 2 novembre 2016 erano stati prelevati 112 campioni al domicilio (in 43 casi) – luogo di lavoro (in 3 casi) – luogo di svago (in 4 casi).

Gli esiti pervenuti sono negativi in 106 campioni. Solo una rete domestica è risultata positiva (per legionella pneumophila sg. 3).

Con determinazione n. 15703 del 7 ottobre 2016, la direzione generale Cura della persona, salute e *welfare* della Regione Emilia-Romagna ha istituito un'unità di crisi, finalizzata all'efficace e tempestivo controllo del *cluster* epidemico di legionellosi.

Il 7 ottobre 2016, il sindaco di Parma ha emesso ordinanza con la quale impone «ai proprietari e gestori delle attività presso le quali sono installate apparecchiature per il raffreddamento dell'acqua riconducibili alla tipologia Torri di raffreddamento ad umido e condensatori evaporativi, installate nel territorio comunale, di comunicare immediatamente al Comune di Parma e all'AUSL la presenza di tali apparecchiature, accompagnata dalla relazione tecnica descrittiva del funzionamento, planimetria e prospetti dell'insediamento, in cui sia messa in evidenza la collocazione delle suddette apparecchiature».

Inoltre, ha ordinato di «provvedere ad immediati interventi di pulizia, disinfezione e trattamento finalizzato al controllo del rischio di diffusione del batterio legionella, avvalendosi di tecnici specializzati e nel rispetto della normativa di tutela dei lavoratori».

PAGLIARI (PD). Signora Presidente, mi considero soddisfatto dal punto di vista della ricostruzione e dell'analisi, che mi sembra molto puntuale e precisa. Voglio sottolineare che non si conoscono ancora esattamente le origini della legionellosi e anche dall'informativa resa non emerge una causa precisa di questo fenomeno, molto rilevante, che ha interessato un solo quartiere, come è stato ricordato, e che per fortuna si è esaurito. Il fatto che non si siano trovate le cause non lascia tranquilli.

Nulla da eccepire sull'operato dell'AUSL e delle strutture sanitarie pubbliche e ambientali, che credo stiano ancora lavorando per accertare sicuramente le cause. È un'esigenza di verità e di certezza per i cittadini.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02532, presentata dalla senatrice Blundo e da altri senatori.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, l'Italia si è dotata da circa nove anni (21 giugno 2007) di un registro nazionale della sindrome da *deficit* di attenzione e iperattività, comunemente indicata con l'acronimo anglosassone ADHD. L'istituzione di tale strumento di sanità pubblica, gestito dall'Istituto superiore di sanità, è motivata dalla necessità di garantire accuratezza della diagnosi e appropriatezza terapeutica.

L'accuratezza diagnostica è garantita a tre livelli: pediatra di libera scelta e/o psicologo scolastico, Centro territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (NPIA), Centro di riferimento per la diagnosi e cura dell'ADHD.

Al primo livello (pediatra, psicologo) c'è la presa d'atto dell'esistenza di un disagio psichico del minore.

La diagnosi di ADHD viene fatta al secondo livello (Centro territoriale di NPIA) e sottoposta a rivalutazione al terzo livello (Centro di riferimento).

Il Centro territoriale può decidere di sottoporre il minore affetto da ADHD a terapie psico-sociali (ad esempio cognitivo-comportamentali, familiari, *training*, eccetera) e solo in caso di insuccesso o insufficiente beneficio di queste può inviarlo al centro di riferimento per attivare un intervento multimodale: psicoterapia più trattamento farmacologico.

Il Centro di riferimento rivaluta il caso e decide se sia opportuno passare a un trattamento multimodale, oppure continuare con l'intervento psico-sociale. Nel caso decida l'instaurazione di un trattamento multimodale viene redatto un piano terapeutico semestrale, rinnovabile previa rivalutazione del caso.

I principi attivi, autorizzati in Italia per il trattamento dell'ADHD, sono l'atomoxetina e il metilfenidato. In Italia, dal 2007, anno di autorizzazione all'immissione in commercio dei due citati principi attivi per il trattamento della sindrome, sono stati registrati 5.196 pazienti con diagnosi di ADHD.

Di questi, sono stati sottoposti a trattamento multimodale 3.940 bambini e adolescenti: tra essi, 1.032 hanno interrotto il trattamento multimodale per cui, attualmente, sono 2.908 i pazienti in trattamento multimodale.

Nello stesso periodo di tempo (giugno 2007 – dicembre 2016) sono stati erogati 5.654 interventi comportamentali a 3.940 pazienti. Tali interventi hanno durata variabile da qualche settimana ad alcuni anni e, spesso, durante le cure vengono associate diverse tipologie di intervento per il me-

desimo paziente (ad esempio *child training* più terapia cognitivo-comportamentale).

Per quanto riguarda la prevalenza della sindrome nella popolazione italiana in età evolutiva (sei-diciotto anni), essa è molto inferiore a quanto osservato in altri Paesi europei e del Nord America.

Uno studio osservazionale condotto nel 2010 su una coorte di 24.650 bambini in Veneto («Prevalenza dell'ADHD in una popolazione pediatrica e sua esposizione al trattamento psico-comportamentale-farmacologico») ha rilevato una prevalenza dell'1,1 per cento (263 casi).

Di questi 263 soggetti, 153 (58,2 per cento) sono stati sottoposti a trattamento psico-comportamentale, 44 (16,7 per cento) a trattamento multimodale, 66 (25,1 per cento) non hanno richiesto nessun intervento specifico, trattandosi di forme lievi di ADHD.

Il protocollo diagnostico e terapeutico del registro italiano dell'ADHD prevede una intensa e continua attività di farmacovigilanza attiva, che ha permesso di monitorare 113 pazienti che hanno manifestato un qualche evento avverso. L'incidenza di eventi avversi è stata perciò del 2,7 per cento, inferiore alle attese, e tutti i casi di evento avverso si sono risolti positivamente.

I Centri di riferimento per la diagnosi e il trattamento multimodale dell'ADHD sono accreditati dalle rispettive Regioni di appartenenza, in base ai criteri *standard* a suo tempo forniti dall'Istituto superiore di sanità.

La Regione Abruzzo ha accreditato i Centri di riferimento dell'Aquila, Avezzano e Pescara, mentre Teramo non risulta tra i Centri di riferimento. Il centro riferimento di Pescara ha prescritto terapia multimodale a 6 pazienti.

BLUNDO (M5S). Signora Presidente, ringrazio il Sottosegretario per la risposta all'interrogazione, anche se arriva dopo due anni e mezzo, quando, evidentemente, la situazione è evoluta. Preme tuttavia sapere che tipo di attenzione si ponga da parte del Ministero rispetto a questo sintomo, che viene diagnosticato sulla base di alcuni indicatori che non determinano una certezza nel suo riconoscimento come una patologia che abbia origini in lesioni o in condizioni psicofisiche gravi, riconducibili ad una vera e propria malattia psicologica. Ora sono stati organizzati i passaggi, che lei ha citato: il pediatra o lo psicologo scolastico e il centro di cura territoriale.

Ad ogni modo, dalla sua – mancata – risposta, mi risulta che non sia stato preso in considerazione il lavoro approfondito svolto in questi anni dalle varie associazioni che hanno voluto studiare la sintomatologia di questa pseudo-malattia (ADHD), affrontandola con interventi di altro tipo.

Le percentuali, comunque bassissime, di situazioni che hanno portato al riconoscimento della necessità dell'utilizzo di farmaci faranno sicuramente capo ad una casistica che concerne lesioni per le quali è davvero necessario intervenire dal punto di vista farmacologico. Ricordo, però, che stiamo parlando di minori; nell'indagine conoscitiva sui minori fuori famiglia abbiamo rilevato che un'alta percentuale di questi ultimi sono

sottoposti a queste cure farmacologiche, senza considerare i risvolti traumatici, le condizioni psichiche e psicofisiche dei ragazzi che risentono di una condizione di allontanamento dalla famiglia.

Non abbiamo altresì approfondito gli studi sulle condizioni di disagio emotivo e relazionale e i gravi disagi vissuti all'interno di famiglie in crisi o, peggio, di famiglie abusanti. Comprendiamo, quindi, che la percentuale dei minori trattati con farmaci in Italia sia inferiore a quella dei Paesi europei e del Nord America; ma nel nostro Paese riscontriamo anche una natalità inferiore.

Anche ammettendo che la percentuale riportata nella risposta sia stata parametrata all'effettiva presenza dei minori sul territorio italiano, ritengo comunque necessario approfondire lo studio sulla casistica che si è distaccata dal precedente trattamento farmacologico, che lei stesso ha citato (i 3.900 casi), evidenziando le modalità di trattamento che hanno risolto il problema, al di là dell'utilizzo del farmaco e con soluzioni di altro tipo, come interventi metodologici didattici o altre modalità di attenzione a livello psicologico nei riguardi dei bisogni dei minori, intervenendo quindi sulle cause, che non sono una malattia. Mi ritengo, quindi, parzialmente soddisfatta.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 15,40.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

BLUNDO, BUCCARELLA, CAPPELLETTI, GIARRUSSO, AIROLA, MOLINARI, BERTOROTTA, SIMEONI, CATALFO, CIOFFI, GAETTI, COTTI, CRIMI, MARTON, MORONESE, MORRA, NUGNES, PAGLINI, PUGLIA, SERRA, FUCKSIA, DONNO, TAVERNA, LEZZI, MARTELLI, MONTEVECCHI, CASTALDI. – *Al Ministro della salute.*
– Premesso che:

il disturbo da *deficit* di attenzione e iperattività (ADHD) è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo, che si manifesta con difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività;

secondo quanto riportato sul sito di «Gaia News», nell'articolo pubblicato l'11 giugno 2013, a cura della redazione, intitolato «Iperattività e psicofarmaci: le critiche di "Giù le mani dai bambini Onlus"», il dottor Claudio Ajmone, psicoterapeuta, tra i massimi esperti italiani di ADHD, a seguito del quarto congresso mondiale sul disturbo, organizzato dall'ADHD World Federation e finanziato da importanti case farmaceutiche, ha dichiarato che: «I documenti di presentazione della ADHD World Federation parlano dell'iperattività infantile come di "una malattia altamente ereditaria della quale soffrirebbe il 5 per cento dei minori nel mondo", il che equivale a decine di milioni di bambini e adolescenti potenziali destinatari di terapie a base di anfetamine e altre molecole psicoattive: quest'affermazione è insostenibile dal punto di vista scientifico, e asservita ad interessi commerciali di parte. Molti bambini sono agitati o distratti, questo può essere un comportamento che dà disagio e che va certamente considerato con la massima attenzione, ma ho seri dubbi che la risposta di noi adulti possa essere la ricetta di uno psicofarmaco come soluzione a tutti i problemi, stante il fatto che questi prodotti non curano nulla e si limitano – a caro prezzo – a sedare i sintomi. Stupisce inoltre come anche medici e istituzioni sanitarie italiane diano credito a eventi come questo in programma a Milano, che altro non sono se non una »vetrina« utile per espandere surrettiziamente il consumo di psicofarmaci tra minori nel nostro paese»;

i comportamenti dell'iperattività non consentono al minore di vivere in modo sereno il proprio percorso scolastico e rendono difficoltoso il regolare svolgimento dell'attività scolastica per i docenti e i discenti. Costituiscono, pertanto, un problema per il bambino, per la famiglia e per la scuola e spesso rappresentano un ostacolo nel conseguimento degli obiettivi personali. È un problema che spesso trova impreparati i genitori e

gli insegnanti, che non sanno come gestire il comportamento del bambino, e che richiede una corretta indagine per individuarne e rimuoverne le cause;

in particolare in ambito scolastico, molto spesso alcuni comportamenti dei bambini sono da ascrivere più ad una possibile noia che scaturisce dalle attività scolastiche, dalla difficoltà di misurarsi con le richieste che vengono poste loro, o da difficoltà di tipo emotivo, spesso derivanti da crisi familiari mal gestite o dall'allontanamento, previsto o già in atto, del minore dal nucleo familiare. Diventa quindi difficile in diversi casi distinguere tra comportamenti legati alla naturale vivacità difficile da controllare e i comportamenti che sono invece realmente patologici come quelli ascrivibili ad una diagnosi di ADHD;

considerato che risulta agli interroganti che negli ultimi mesi nelle province di Teramo e Pescara sia stato effettuato nei relativi ambulatori Asl un numero considerevole di visite per ADHD e che, in molti casi, lo stesso disturbo sembrerebbe corrispondere per lo più a diagnosi di malattia, senza che siano effettuati ulteriori esami ed approfondimenti volti ad escludere l'eventuale intervento farmacologico;

considerato inoltre che:

da molti studi finora effettuati le cause dell'ADHD non risultano ancora essere ben definite. Tra i vari studi, quello condotto dagli esperti dell'università di Toronto coordinati da Esme Fuller-Thomson, riportato sul «Journal of aggression, maltreatment and trauma», ha preso in esame i dati relativi ad un campione di 13.054 adulti ed ha rilevato un legame tra ADHD e maltrattamenti fisici subiti dai bambini. Dall'analisi sarebbe emerso che il 30 per cento degli adulti affetti da ADHD riferisce di essere stato maltrattato fisicamente prima di aver compiuto 18 anni;

da ulteriori studi effettuati sull'utilizzo prolungato dei farmaci anfetaminici e simili come il Ritalin, si evince che questi, oltre a iperstimolare neurotrasmissione e surrenali, provocano importanti danni cerebrali ovvero compromettono la funzionalità della porzione del cervello denominata ganglio basale, causando una varietà di sintomi mentali e fisici, incluso il peggioramento delle funzioni mentali elevate, l'impoverimento della creatività e la perdita di emotività. Lo stesso National institute of mental health fece uno studio in cui dimostrò che il 51 per cento dei bambini sottoposti alla cura con Ritalin aveva sviluppato comportamenti ossessivo-compulsivi,

si chiede di sapere:

alla luce degli studi e dei potenziali pericoli, quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda porre in essere in riferimento al percorso diagnostico e al trattamento dei disturbi ADHD;

se sia a conoscenza del numero di visite effettuate ai bambini presso gli ambulatori Asl di Teramo e Pescara e del numero esatto di casi riconosciuti come disturbo da *deficit* di attenzione e iperattività da parte delle stesse strutture;

se sia in possesso del numero totale di bambini che è stato sottoposto, a livello nazionale, a diagnosi e trattamento farmacologico per sindrome di ADHD.

(3-02532)

PAGLIARI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il 28 settembre 2016 il Servizio igiene e sanità pubblica di Parma ha comunicato di aver ricevuto dalla locale azienda ospedaliero-universitaria «complessivamente 14 segnalazioni di legionellosi che in gran parte hanno interessato cittadini residenti o frequentanti la zona tra via Traversetolo, via Montebello e via Pastrengo (...) le caratteristiche della distribuzione spazio-temporale dei casi indirizzano verso una fonte comune di esposizione che viene indagata anche con campionamenti di acque potabili (...) a scopo precauzionale è stato prescritto ad IREN [il gestore del servizio idrico] di garantire un intervento di clorazione sulla rete idrica»;

nei giorni seguenti il numero delle persone contagiate è progressivamente aumentato fino a 38 casi accertati. Due donne di 86 e 77 anni sono decedute a causa delle complicazioni che la legionella ha provocato su patologie preesistenti;

il 5 ottobre la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Parma ha aperto un fascicolo contro ignoti per i reati ipotizzati di epidemia colposa, lesioni e omicidio colposo;

lo stesso 5 ottobre, nel corso della riunione dell'unità di crisi istituita dalla Regione Emilia-Romagna, l'assessore per le politiche per la salute, Sergio Venturi, ha comunicato che dalle analisi effettuate non sarebbero state rilevate tracce di legionella nell'acqua;

dagli ulteriori accertamenti condotti da ARPAE e AUSL è stata rilevata la presenza del batterio su alcune torri di evaporazione di impianti di raffreddamento dell'acqua in uso in diversi edifici pubblici e privati della città;

in attesa di ulteriori accertamenti, in modo precauzionale le torri in cui è stato rilevato il batterio sono state spente e su di esse è stata avviata un'attività di sanificazione straordinaria,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della situazione e se, anche in attesa del completamento degli ulteriori accertamenti in corso, non ritenga opportuno verificare l'effettiva applicazione, a Parma e su tutto il territorio nazionale, delle linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e pubblicate sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 103 del 5 maggio 2000, ovvero se non consideri opportuno disporre un aggiornamento e una revisione, alla luce dei numerosi episodi di contagio occorsi nella città di Parma.

(3-03219)

