



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 47

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

487^a seduta (antimeridiana): giovedì 21 settembre 2017

Presidenza della presidente DE BIASI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 7 e <i>passim</i>
FARAONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 5, 7
GRANAIOLO (Art.1-MDP)	10
LEZZI (M5S)	5
ORELLANA (Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE)	6
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	11

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; Alternativa Popolare-Centristi per l'Europa-NCD: AP-CpE-NCD; Articolo 1 – Movimento democratico e progressista: Art.1-MDP; Federazione della Libertà (Idea-Popolo e Libertà, PLI): FL (Id-PL, PLI); Forza Italia-II Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Direzione Italia, Grande Sud, M.P.L. – Movimento politico Libertas, Riscossa Italia: GAL (DI, GS, MPL, RI); 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-Campo Progressista-Sardegna: Misto-CP-S; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Federazione dei Verdi: Misto-FdV; Misto-Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: Misto-FdI-AN; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-IdI; 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; Misto-UDC: Misto-UDC.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Faraone.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-02859, presentata dalla senatrice Lezzi e da altri senatori.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Le malattie rare sono – per definizione – patologie a bassa prevalenza nella popolazione generale: interessano, infatti, non più di cinque persone ogni 10.000 abitanti.

Per quanto concerne la sensibilità chimica multipla (SCM), definita anche come intolleranza chimica o idiopatica ambientale, mi preme evidenziare che la stessa è a tutt'oggi una sindrome dagli aspetti clinici e patogenetici ancora non ben definiti, che non ne consentono una precisa stima epidemiologica.

Il Ministero della salute, ben consapevole delle condizioni di disagio e sofferenza in cui versano i soggetti affetti da tale patologia, ha istituito presso l'Istituto superiore di sanità, già nel 2005, un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha prodotto uno specifico documento di sintesi, approvato in seguito all'esame della letteratura scientifica nazionale e internazionale, ove sono stati esaminati i criteri per la definizione del caso e sono stati definiti i primi percorsi diagnostico-terapeutici.

Successivamente, nel 2008, il Consiglio superiore di sanità – come ricordato dagli interroganti – ha ritenuto che l'indisponibilità di evidenze scientifiche non consentisse di qualificare la patologia in questione come entità nosologicamente individuabile; allo stesso modo, l'assenza di chiari riferimenti eziopatogenetici e di procedure di riconoscimento nosologico non rendeva possibile la definizione e, quindi, la validazione di percorsi diagnostici e/o terapeutici da introdurre all'interno del Servizio sanitario nazionale per la gestione clinica dei soggetti affetti.

Nonostante le suddette prime indicazioni scientifiche di segno avverso, il Ministero della salute, nella piena consapevolezza della serietà della problematica, ha voluto comunque istituire un nuovo tavolo, costituito anche da professionisti segnalati dalle stesse associazioni di pazienti, per avviare una nuova fase di valutazione e di approfondimento della materia e per indivi-

duare strumenti per l'assistenza socio-sanitaria di tali pazienti. Anche in tale sede, tuttavia, è emerso che i risultati sperimentali raggiunti non erano purtroppo sufficienti a supportare decisioni di natura amministrativa, né a intraprendere iniziative utili nel breve termine.

Di recente, a conferma della perdurante attenzione riposta dal Ministero della salute sul tema, l'Istituto superiore di sanità ha avviato, inoltre, una ulteriore raccolta ed analisi della letteratura per il periodo di riferimento relativo agli anni 2006-2016. Da tale studio è emerso che, allo stato attuale, i livelli di conoscenza di questa malattia presentano alcune criticità, tra le quali ricordo – a titolo esemplificativo – il rifiuto da parte dei pazienti di sottoporsi alle prestazioni sanitarie per il timore di possibili reazioni avverse, l'assenza di uniformi criteri diagnostici, nonché la presenza, in letteratura, di sintomi molteplici e non specifici.

Tali circostanze rendono pertanto gli studi sulla eziologia e sulla patogenesi molto difficili da attuare, costituendo inoltre un'ulteriore difficoltà sul piano diagnostico.

Anche di fronte a tali conclusioni, il Ministero della salute ha ritenuto comunque di continuare ad approfondire la delicata tematica, proprio nell'avvertita consapevolezza di dover intraprendere ogni iniziativa a beneficio dei pazienti di tale patologia. Così, nel mese di luglio 2016, è stato chiesto nuovamente al Consiglio superiore di sanità di esprimersi sulla questione, eventualmente rettificando il precedente parere del 2008, con il quale si affermava l'impossibilità di definire tale patologia una «entità nosologicamente individuabile».

Il Consiglio superiore di sanità si è dunque nuovamente riunito il 16 maggio 2017, al fine di esprimere un più aggiornato parere in merito alla patologia in questione, in esito alla disamina dei risultati delle attività condotte dal Centro nazionale delle malattie rare e dal settore documentazione dell'Istituto superiore di sanità.

In tale parere il Consiglio superiore di sanità ha tuttavia confermato che, allo stato attuale, non esistono criteri diagnostici condivisi ed accettati universalmente; i sintomi che vengono riportati nella letteratura scientifica sono molteplici e non specifici; in diversi studi viene riportata un'associazione statisticamente significativa tra intolleranza idiopatica ambientale e alterazione di alcuni processi psicologici (ad esempio, somatizzazione, manifestazione di sintomi evocati da sensazioni fisiche), e una sovrapposizione tra intolleranza idiopatica ambientale e sindrome da stanchezza cronica e, inoltre, un'elevata incidenza di malattie allergiche tra i soggetti che manifestano sintomi di intolleranza ambientale. La sovrapposizione di questi disturbi rende pertanto molto difficile la realizzazione di studi sull'eziologia e sulla patogenesi della condizione.

Inoltre, il Consiglio superiore di sanità ha dichiarato di non essere a conoscenza di percorsi diagnostico-terapeutici o di linee guida scientificamente validate per la presa in carico e il trattamento dei pazienti con intolleranza idiopatica ambientale, in quanto non risultano effettuati studi con evidenza scientifica.

Pertanto, non esistendo attualmente studi della letteratura scientifica internazionale che abbiano stabilito dei criteri validati scientificamente, utili a dimostrare la qualità e l'efficacia delle cure mediche sulla MCS, il Consiglio ha ritenuto che le «cure prestate all'estero, scientificamente non validate, non siano giustificate».

In tale complesso contesto, caratterizzato come si è visto da un controverso dibattito a livello scientifico, desidero in ogni caso dare piena assicurazione che il Servizio sanitario nazionale è in grado di fornire un'appropriate assistenza ai soggetti che mostrano sintomi di intolleranza all'esposizione a sostanze chimiche attraverso il ricorso alle strutture di cure primarie e specialistiche esistenti nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza garantiti a tutti i cittadini, prevedendo la possibilità di assicurare anche un supporto psicologico, qualora il medico lo ritenga opportuno.

In particolare, eventuali problemi collegati all'esposizione a sostanze chimiche possono essere efficacemente valutati e trattati da parte delle strutture specialistiche esistenti, unitamente ai problemi di carattere allergico o immunologico, con il ricorso, se necessario, a terapie che impieghino farmaci autorizzati secondo le indicazioni approvate dall'Agenzia italiana del farmaco e le eventuali linee guida applicabili.

Sulla base dell'illustrazione delle tante iniziative che il Ministero della salute – già nel corso degli anni, ma soprattutto di recente – ha ritenuto di intraprendere, ritengo di poter rassicurare i senatori interroganti che non verrà meno l'impegno del Dicastero nei riguardi di ogni possibile nuovo approfondimento finalizzato a dare ulteriori risposte di cura ai cittadini affetti dalla sensibilità chimica multipla (SCM).

LEZZI (M5S). Ringrazio il Sottosegretario per la risposta, della quale mi dichiaro soddisfatta.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-03574, presentata dal senatore Orellana.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. La normativa in vigore concernente i dispositivi per pazienti diabetici prevede che le Regioni, tramite le aziende sanitarie locali, provvedano a fornire gratuitamente ai cittadini diabetici, oltre ai presidi diagnostici e terapeutici, anche altri eventuali presidi sanitari ritenuti idonei, quando vi sia una specifica prescrizione e venga garantito il diretto controllo dei servizi di diabetologia.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, pubblicato il 18 marzo 2017 nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65, dispone che il Servizio sanitario nazionale fornisca gratuitamente gli «apparecchi per la misurazione della glicemia», identificati con il codice Z12040115, come previsto dalla classificazione nazionale dei dispositivi medici di questo Ministero.

Desidero dunque informare il senatore interrogante che, proprio in coerenza con gli atti di indirizzo citati nell'interrogazione in esame, nell'ambito dei dispositivi medici inclusi nella precedente definizione rientrano sia i glucometri che i sensori. Tale misura è peraltro coerente con la più generale strategia del Ministero della salute in merito alla patologia del diabete.

Detta strategia, condivisa da Regioni, società scientifiche e associazioni di persone con diabete, è espressa dal Piano sulla malattia diabetica, adottato come accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012 e recepito da tutte le Regioni e Province autonome, il quale ha definito come specifico obiettivo generale quello di promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie. Tra gli obiettivi specifici del Piano rientra, infatti, l'uso mirato della terapia con microinfusori e altre tecnologie complesse, quali ad esempio i sensori per la misurazione continua della glicemia, nonché le procedure per garantire l'adesione ai criteri di prescrizione, il monitoraggio dell'appropriatezza e della qualità delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, la garanzia del diritto all'accesso appropriato e l'impiego di strumenti di adeguata qualità tecnologica.

In merito alle calzature per i pazienti diabetici, si segnala che il citato decreto del 12 gennaio 2017, nell'aggiornare i livelli essenziali di assistenza, ha escluso dalla lista dei dispositivi erogabili le «calzature ortopediche di serie», in considerazione del fatto che nella maggior parte dei casi tali calzature, destinate a «piccole deformità», non differiscono in maniera significativa da numerosi modelli di calzature in commercio, caratterizzati da forme e materiali particolarmente adatti al contenimento del piede.

Inoltre, l'assistenza protesica agli assistiti adulti, a differenza di quella rivolta ai minori, ha una finalità spiccatamente riabilitativa/compensativa, più che preventiva: in tali casi, dunque, l'assistenza viene erogata esclusivamente alle persone con menomazioni o disabilità stabilizzate, conseguenti a patologie o lesioni. Tale aspetto deve essere considerato in riferimento alla prescrizione di «calzature ortopediche di serie» a favore dei soggetti con patologie che potrebbero evolvere fino alla comparsa di menomazioni o di disabilità a carico dei piedi (esempi tipici sono il piede diabetico e il piede reumatico), ma che possono facilmente trovare soluzioni adeguate sul mercato delle calzature di qualità.

Ciò non toglie ovviamente che, invece, i pazienti con gravi deformità a carico dei piedi (ad esempio, le amputazioni) possono usufruire delle calzature «su misura», realizzate per specifici assistiti «con funzioni correttive, di sostegno, di contenimento o rivestimento, di compenso a gravi deformità, di accompagnamento».

ORELLANA (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*). Ringrazio il sottosegretario Faraone per la risposta, della quale mi dichiaro soddisfatto.

In particolare, è stato chiarito un punto che aveva destato non pochi dubbi tra le associazioni di pazienti diabetici e di diabetologi, anche durante lo stesso ciclo di audizioni che all'epoca è stato fatto.

In ogni caso, desidero sottolineare brevemente alcuni aspetti. In primo luogo, evidenzio la necessità di chiarire alcuni elementi relativi all'allegato

3, perché il fatto che l'elenco dei presidi diabetici riporti la generica dicitura «apparecchio per la misurazione della glicemia», senza descrivere nel dettaglio quali specifiche caratteristiche strutturali e funzionali debbano avere i singoli strumenti erogabili ai soggetti destinatari, ha determinato il verificarsi di problemi per i pazienti che, ad esempio, sono in trattamento con sistema integrato. In effetti, riportare sotto lo stesso codice Z12040115 una serie eterogenea di dispositivi, se da una parte mira a garantire l'autonoma valutazione delle Regioni, dall'altra mina la possibilità di avere su tutto il territorio nazionale le stesse condizioni di accesso a queste tecnologie. Interpretazioni diverse hanno dunque determinato situazioni diverse, un po' anche contro la stessa filosofia dei livelli essenziali di assistenza di garantire un identico trattamento su tutto il territorio nazionale. Mi sembra che comunque la risposta abbia fatto chiarezza per quel che riguarda glucometri, sensori e tutto ciò che serve ai pazienti diabetici.

Approfittando della disponibilità del Sottosegretario, concludo segnalando le difficoltà che in molte Regioni, soprattutto in Sardegna e in Sicilia, i pazienti affetti da diabete continuano a riscontrare, non solo per usufruire delle nuove tecnologie, ma anche per le forniture delle semplici strisce per glucometri o dei ricambi per microinfusori. Mi sono arrivate segnalazioni in questo senso, che colgo l'occasione per sottoporre all'attenzione del rappresentante del Governo.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-03633, presentata dai senatori Granaiola e Marcucci.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Desidero ringraziare i senatori interroganti per l'opportunità che mi offrono in questa sede di fornire tutte le dovute informazioni in merito al progetto del nuovo elettrodotto La Spezia-Acciaiole e, con esso, sui possibili rischi da esposizione ai campi elettrici e magnetici prodotti dalle linee elettriche, un tema, questo, che il Ministero della salute segue con costante attenzione contestualmente all'evolversi delle conoscenze scientifiche.

Devo precisare comunque che sulla vicenda in questione vi è stato, come ben rappresentato dai senatori interroganti, il coinvolgimento di diversi Ministeri (dello sviluppo economico, dell'ambiente e dei beni culturali), ai quali il Ministero della salute si è rivolto per l'acquisizione delle necessarie informazioni richieste. Mi scuso pertanto, sin d'ora, se la risposta sembrerà lunga ed articolata.

Prima di affrontare nel merito la questione, ritengo opportuno precisare, relativamente all'eventuale correlazione tra esposizione ad onde elettromagnetiche e salute, che, sulla base dei risultati epidemiologici disponibili, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC), fin dal 2001, ha classificato i campi magnetici ELF nella categoria 2B, vale a dire «possibile cancerogeno per l'uomo».

Devo precisare, a tal proposito, che detta categoria di rischio è la più debole tra le tre categorie di peso delle evidenze scientifiche nel settore, corrispondendo nello schema di valutazione della IARC ad un giudizio di «evi-

denza limitata» di cancerogenicità nell'uomo, a fronte di «evidenza meno che sufficiente» nell'animale da esperimento.

A ben vedere, tale giudizio viene adottato quando non sia possibile escludere che l'associazione positiva tra l'esposizione ad un agente e lo sviluppo di tumori sia frutto del caso, di distorsioni metodologiche negli studi o di altri fattori. È bene precisare, tuttavia, che tale classificazione è stata posta in relazione alle sole leucemie dell'età infantile, mentre per l'adulto è stato esplicitamente escluso dalla medesima agenzia un legame con le patologie tumorali.

Come ricordato dagli interroganti, permane quindi una condizione di incertezza in merito alla sussistenza o meno di effetti cancerogeni dei campi magnetici alla frequenza di rete.

L'interpretazione di assenza di evidenze, allo stato, a favore del nesso di causalità con patologie a lungo termine è stata successivamente confermata nel 2014 dall'importante Comitato scientifico della Commissione europea (SCENIHR), al termine di un'ampia revisione della letteratura scientifica, che ha tenuto conto di nuovi studi rispetto a quelli oggetto di valutazione della IARC.

Tuttavia, anche volendo limitarsi a considerare i soli studi condotti dalla IARC, è da tener presente che le politiche di protezione raccomandate a livello internazionale (e mi riferisco, in particolare, ad OMS ed UE) non contemplano l'adozione di misure di cautela a protezione da eventuali effetti a lungo termine.

A livello nazionale, invece, come già correttamente ricordato dai senatori interroganti, vige il principio di precauzione e il sistema si basa sulla definizione – contenuta nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 luglio 2003 – oltre che di limiti di esposizione per gli effetti acuti, anche di valori di attenzione, quali misura di cautela per la protezione da possibili effetti a lungo termine, nonché di obiettivi di qualità per la progressiva riduzione delle esposizioni.

Fatta questa necessaria premessa e passando al merito dei quesiti formulati, desidero ricordare che è attualmente in corso il procedimento di valutazione di impatto ambientale del progetto di razionalizzazione della rete elettrica nell'area della Provincia di Lucca presso il Ministero dell'ambiente, dove verrà acquisita anche la valutazione di incidenza, considerato che dalla documentazione progettuale in possesso risulta che il progetto interessa indirettamente due zone (area SIC/ZPS «Lago e Palude di Massaciuccoli» e SIC «Monte Pisano»).

A tale riguardo devo evidenziare che, nell'ambito di tale procedimento, è intervenuto anche il Ministero della salute, che nel 2014 ha espresso il relativo parere ritenendo, in merito all'impatto ambientale dei campi elettromagnetici da elettrodotto e tutela della salute pubblica, che «non risulta documentato il rispetto dell'obiettivo di qualità a carico di alcuni recettori classificati «fabbricati rurali, tecnici e ruderi», che sembrerebbero essere stati esclusi dalla tutela dell'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 luglio 2003, seppur individuati all'interno della Distanza di Prima Approssimazione (DPA)».

Inoltre, il Ministero dell'ambiente ha precisato che è stato attivato un tavolo di concertazione tra proponente, Regione Toscana e Comuni, il cui esito infruttuoso ha spinto la medesima Regione a chiedere integrazioni e chiarimenti sul progetto – subito presentati dalla società proponente – con conseguente pubblicazione degli avvisi al pubblico.

Il medesimo Dicastero ha fatto presente, altresì, che in data 11 aprile 2017 la società proponente ha presentato richiesta di sospensione del procedimento per un arco temporale di 6 mesi al fine di redigere il Piano di utilizzo delle terre e rocce da scavo, così come previsto dall'articolo 5 del decreto ministeriale n 161 del 2012. Tale richiesta è attualmente all'esame della Commissione tecnica di verifica dell'impatto ambientale VIA e VAS.

Inoltre, il Ministero dell'ambiente ha comunicato che nel corso del procedimento sono pervenute 89 osservazioni del pubblico che, ai fini del rilascio del parere di compatibilità ambientale e dell'eventuale formulazione del quadro prescrittivo, saranno tenute in debita considerazione, unitamente alla documentazione progettuale, ai pareri resi da enti pubblici, alle controdeduzioni e alle osservazioni formulate dalla società e a quelle che la medesima vorrà trasmettere prima della conclusione dell'istruttoria.

Per quanto concerne poi la tutela paesaggistica dell'area in questione – che, come noto, risulta soggetta a vincolo – il Ministero dei beni culturali ha fatto presente di aver espresso sin dall'inizio parere negativo sul progetto, «in quanto le opere progettate, qualora realizzate, avrebbero prodotto una significativa menomazione delle esigenze di tutela sia culturale che paesaggistica». Il tenore di questo parere è stato ulteriormente ribadito da detto Ministero anche a seguito della presentazione, da parte della società proponente, della documentazione integrativa, con la previsione di soluzioni alternative al tracciato presentato: anche in questa circostanza, infatti, lo stesso Dicastero, per il tramite delle Soprintendenze di Pisa e Livorno e di Lucca e Massa Carrara, ha ritenuto, con riferimento all'alternativa denominata B1, oggetto di nuova valutazione, che, nonostante gli ulteriori adeguamenti proposti dalla società, questa soluzione non fosse sufficiente ad assicurare la compatibilità dell'opera con il quadro paesaggistico, caratterizzato dalla presenza di numerosi beni culturali.

Per ciò che riguarda, invece, un intervento più diretto del Ministero della salute, come proposto dai senatori interroganti, nel procedimento autorizzativo in parola, desidero far presente che dalla stessa informativa di ARPA Toscana, menzionata nell'atto ispettivo in esame, è possibile desumere che i valori di esposizione nei recettori più esposti siano sempre conformi ai pertinenti livelli stabiliti dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 luglio 2003.

In merito poi all'eventuale aggiornamento dei limiti delle emissioni elettromagnetiche sulla base delle indicazioni dell'OMS, ribadisco che gli unici limiti di esposizione precauzionali sono stati introdotti a livello nazionale dalla normativa citata (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 luglio 2003), sebbene la stessa Organizzazione mondiale della sanità non raccomandi l'introduzione di limiti che non sarebbero ritenuti giustificati. In effetti le conoscenze scientifiche, nel loro complesso, non forniscono ele-

menti utili per la determinazione di soglie di rischio nei confronti di possibili effetti sanitari a lungo termine dei campi magnetici alla frequenza di rete, la cui esistenza e natura non è stata determinata. Inoltre, la normativa italiana ha introdotto delle misure precauzionali cogenti (quali i valori di attenzione e gli obiettivi di qualità di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 luglio 2003), di cui non è noto o quantificabile l'eventuale beneficio in termini di sanità pubblica.

Concludo, pertanto, rassicurando i senatori interroganti che il Ministero della salute monitorerà con costante attenzione la vicenda del nuovo elettrodotto La Spezia-Acciaiole e valuterà, al fine di garantire pienamente la salute dei cittadini, l'opportunità di introdurre limiti più restrittivi dei valori di attenzione ed obiettivi di qualità attualmente previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 luglio 2003, nonostante – è bene ricordare – il citato quadro di riferimento in materia renda, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, non necessario da un punto di vista esclusivamente sanitario un eventuale aggiornamento dei limiti delle emissioni elettromagnetiche.

GRANAIOLA (*Art.1-MDP*). Signora Presidente, mi dichiaro soddisfatta per la risposta.

Ringrazio il sottosegretario Faraone anche per aver raccolto i pareri degli altri Ministeri, che sono assolutamente importanti.

Mi auguro davvero che sia mantenuta la promessa di continuare a monitorare la situazione perché, ahimè, in quel territorio si continua a morire di tumore.

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

I lavori terminano alle ore 8,53.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

LEZZI, MANGILI, BERTOROTTA, CAPPELLETTI, SERRA, GIARRUSSO, PUGLIA, MORONESE, PAGLINI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la MCS (*multiple chemical sensitivity*), sensibilità chimica multipla, è una sindrome multi sistemica di intolleranza ambientale totale alle sostanze chimiche, che può colpire vari apparati ed organi del corpo umano. Le sostanze chimiche danneggiano il fegato ed il sistema immunitario sopprimendo la mediazione cellulare che controlla il modo in cui il corpo si protegge dagli agenti estranei;

i sintomi della MCS si verificano in risposta all'esposizione a molti composti chimicamente indipendenti e presenti nell'ambiente in dosi anche notevolmente inferiori a quelle tollerate da soggetti sani;

la malattia rara di natura organica, di fatto una malattia ambientale, può essere scambiata per una comune allergia, in quanto i sintomi scompaiono allontanandosi dalla causa scatenante; le sue dinamiche e il suo decorso sono tuttavia completamente diversi;

nociva, per coloro i quali sono affetti da MCS, risulta l'esposizione anche a modeste quantità di sostanze di sintesi nell'ambiente, come insetticidi, pesticidi, disinfettanti, detersivi, profumi, deodoranti personali o per la casa, vernici, solventi, colle e prodotti catramosi, preservanti del legno, materiali dell'edilizia, carta stampata, inchiostri, scarichi delle auto, fumi, prodotti plastici, farmaci, anestetici, formaldeide nel mobilio, tessuti e stoffe soprattutto nuovi, carburanti e tutto ciò che è di derivazione petrolchimica. Inoltre, l'inquinamento elettromagnetico (ad esempio antenne per telefonia mobile, e *wifi*) costituisce un serio pericolo per le persone affette dalla sindrome;

la MCS implica un'invalidità totale, che obbliga all'isolamento fisico al fine di preservarsi dalla contaminazione da sostanze nocive; è conseguentemente inibita qualsiasi forma di vita sociale;

considerato che:

gli studi e le ricerche statunitensi sulla MCS si sono intensificati in concomitanza con la diffusione della malattia tra le truppe statunitensi impegnate nella guerra in Iraq. È noto, infatti, che il 30 per cento dei soldati americani impegnati nella prima guerra del Golfo Persico si è ammalato di MCS (definita anche «sindrome del Golfo»);

con l'emergenza sanitaria emersa tra i veterani del golfo Persico, le istituzioni americane hanno adottato misure incisive a tutela di questi malati, introducendo diversi articoli all'interno delle leggi sulla disabilità (ADA, «Americans with disabilities act») e con leggi specifiche a livello locale;

la MCS è riconosciuta dall'Agencia americana per la protezione ambientale (EPA, «Environmental protection agency»), così come oltre un centinaio di agenzie ed enti governativi federali statunitensi riconoscono la MCS. L'attenzione verso la malattia è in continuo aumento, a dimostrazione che la MCS è in costante diffusione. Tale malattia è riconosciuta anche in Canada, Spagna, Danimarca, Germania, Austria, Giappone e Svizzera;

la MCS è stata inclusa nella classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità, ICI-10, sotto il codice T 78.4, «allergia non specificata»;

considerato inoltre che:

in Italia, la sindrome tuttora versa in una situazione di incertezza, sia dal punto di vista medico, non sono previsti protocolli medici appropriati, che dal punto di vista normativo. Il mancato riconoscimento nel nostro Paese, nonostante vi siano ben 2 solleciti ufficiali da parte della Comunità europea, a riconoscere sul piano nazionale la malattia, rende la situazione dei malati di MCS insostenibile, in quanto non sono garantiti loro i livelli essenziali di assistenza (LEA) espressamente previsti dal Sistema sanitario nazionale;

il Consiglio superiore di sanità, con delibera del 25 settembre 2008, ha sancito l'indisponibilità a riconoscere la MCS quale patologia rara, mentre a livello regionale la Giunta della Regione Puglia in data 19 luglio 2011, con delibera n. 254 del 3 marzo 2009, integrazione delibera n. 1653, ha istituito l'unità operativa «Centro IMID-UNIT» di Campi Salentina; risulta che l'operatività di tale centro sia stata revocata;

considerato altresì che:

in Italia, l'unico centro di riferimento attivo per la MCS si trova presso il policlinico «Umberto I» di Roma, di cui il responsabile è il professor Giuseppe Genovesi, docente di endocrinologia all'università «La Sapienza» di Roma, medico specializzato in immunologia, endocrinologia e psichiatria e ricercatore a La Sapienza, esperto delle terapie desensibilizzanti;

in assenza di centri per la diagnosi e la cura della MCS, è stata utilizzata, nei confronti dei malati, la procedura di trattamento sanitario obbligatorio (TSO), nonostante la patologia non sia di natura di psichiatrica. A giudizio degli interroganti, il marchio di malattia psicosomatica costituisce di fatto un approccio sbagliato alla patologia;

spesso i cittadini affetti da MCS sono costretti a recarsi all'estero per sottoporsi alle terapie necessarie supportati da associazioni, famiglie e raccolte fondi nelle comunità di appartenenza;

i malati sono costretti ad abbandonare territori significativamente inquinati, così come è accaduto per almeno un caso conclamato di MCS nella città di Barletta. A parere degli interroganti è importante evidenziare che nella stessa località sono stati rilevati reiterati sforamenti dei limiti consentiti di PM10, nonché l'inquinamento della falda in prossimità di aziende dall'impatto ambientale non sostenibile, considerando l'ubicazione delle stesse, ovvero in pieno centro cittadino;

considerato infine che:

la società «Buzzi Unicem» di Barletta è oggetto di un'indagine della magistratura relativamente all'attività di incenerimento di CSS (combustibile solido secondario);

nei pressi della Timac di Barletta, azienda che produce fertilizzanti, sono stati rilevati dall'Arpa (Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente) livelli di contaminazione del sottosuolo e delle acque sotterranee superiori ai valori di soglia di contaminazione;

inoltre, almeno un ulteriore caso conclamato di MCS risulterebbe essere residente proprio in prossimità della Buzzi Unicem e della Timac,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dell'inumana situazione in cui versano i malati di MCS in Italia che, in caso di necessità, non hanno la possibilità di rivolgersi a una struttura medica dedicata, nemmeno al pronto soccorso, data la mancanza di ambienti dedicati;

quali misure si intendano adottare per garantire a tutti i cittadini affetti da MCS pari livelli di assistenza;

se non ritenga di dover verificare i presupposti per riconoscere la sensibilità chimica multipla quale malattia rara e di istituire appositi centri di riferimento per la diagnosi e la cura.

(3-02859)

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

con specifico riferimento all'assistenza del paziente diabetico in ambiente scolastico, in particolare del paziente minorenne, un'assistenza appropriata del diabete nelle scuole è necessaria per la sicurezza del bambino, per il suo benessere a lungo termine e per migliori risultati scolastici;

per ottenere un buon controllo glicemico, un bambino diabetico deve monitorare frequentemente le glicemie, seguire una dieta e una terapia e somministrare l'insulina con iniezioni multiple giornaliere o con un microinfusore;

a tal proposito giova ricordare che sono stati da tempo immessi in commercio strumenti per la misurazione delle glicemie, che garantiscono al contempo una minore invasività dei controlli con un monitoraggio pressoché continuo dei livelli di zucchero nel sangue;

l'impiego di tali strumenti è da considerare certamente come un grande passo avanti nel trattamento dei pazienti con diabete di tipo 1, con specifico riferimento al monitoraggio nei bambini e alla loro integrazione nell'ambiente scolastico, in quanto, oltre a essere praticamente indolore, offrono la possibilità di un controllo a distanza tramite *smartphone*, contribuendo ad agevolare notevolmente l'attività di assistenza svolta dal personale scolastico abilitato;

in proposito, particolarmente rilevante è il contenuto dell'obiettivo 9 del Piano nazionale diabete che mira, tra l'altro, a definire criteri di selezione condivisi per un uso mirato della terapia con microinfusori e di altre tecnologie complesse, (come i sensori per la misurazione continua della glicemia)

e a definire modalità organizzative che consentano equità di accesso alle tecnologie;

inoltre, per il raggiungimento dell'obiettivo 6, ossia migliorare la qualità della vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva, le linee di indirizzo strategico prioritarie prevedono la promozione dell'uso appropriato delle tecnologie;

premesso altresì che:

nel corso dell'*iter* di approvazione del disegno di legge 1324, recante «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute», il Governo ha accolto l'ordine del giorno G2.100, a prima firma dell'interrogante, impegnandosi così a dare concreta attuazione agli obiettivi del Piano nazionale diabete, con specifico riferimento all'obiettivo 6 e all'obiettivo 9, valutando, in particolare, l'opportunità di aggiornare i presidi per persone affette da patologia diabetica, di cui all'articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008 (Allegato 3);

il 26 ottobre 2016 è stata approvata con 227 voti favorevoli la mozione 1-00648, a prima firma dell'interrogante, che al punto 3) impegnava il Governo a garantire il rapido aggiornamento dell'elenco dei presidi per persone affette da patologia diabetica di cui all'articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 aprile 2008 (allegato 3), con specifico riferimento ai sensori glicemici, nel rispetto degli equilibri della finanza pubblica;

considerato che:

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pur essendo stato registrato presso la Corte dei conti il 3 febbraio 2017, non è ancora stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale*;

tuttavia, analizzando il testo dello schema di decreto (atto Governo n. 358), trasmesso alla Presidenza del Senato il 9 novembre 2016, non sembra vi sia un riferimento ai sensori glicemici, contrariamente agli impegni assunti dal Governo tramite l'accoglimento e l'approvazione degli atti citati;

inoltre, secondo quanto riportato da un articolo del 12 marzo del quotidiano «Corriere della Sera», sarebbero altresì escluse dai nuovi LEA anche le speciali scarpe terapeutiche, cruciali per prevenire le amputazioni ai pazienti, che soffrono di piede diabetico con ulcere. Amputazioni che, tra costi diretti e indiretti, graverebbero sul Sistema sanitario nazionale per un totale di 15.000 euro annui a paziente, a fronte del costo massimo pari a 200 euro delle calzature,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo intenda confermare l'esclusione dei dispositivi medici citati in premessa e, in caso affermativo, sulla base di quali motivazioni;

entro quale termine verrà pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il testo del decreto sull'aggiornamento dei LEA e a quali ragioni sia imputabile tale ritardo.

(3-03574)

GRANAIOLA, MARCUCCI. – *Ai Ministri della salute, dei beni e delle attività culturali e del turismo, dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e dello sviluppo economico.* – Premesso che:

l'elettrodotto n. 314 a 380 chilovolt, di interesse nazionale, La Spezia-Acciaiuolo è stato inserito nel 2001 tra le infrastrutture essenziali individuate dalla cosiddetta legge obiettivo;

la linea ha un tracciato lungo 89 chilometri che interessa le province di Massa Carrara, Lucca e Pisa, attraversando il territorio di 15 comuni: 4 in provincia di Massa Carrara, 5 in provincia di Lucca e 6 provincia di Pisa;

lungo l'intero tracciato dell'elettrodotto vi sono 955 edifici ad uso civile che distano in pianta al massimo 100 metri dalla linea; di questi, 235 distano in pianta al massimo 30 metri dalla linea e sono caratterizzati dai livelli di esposizione più elevati;

Terna Rete Italia, società del gruppo Terna che si occupa dell'esercizio, della manutenzione e dello sviluppo della rete elettrica di trasmissione nazionale, ha presentato il progetto «EL 324: Riassetto della rete 380 e 132 kV nell'area di Lucca»;

tale progetto prevede: una stazione di trasformazione elettrica (380 e 132 chilovolt), denominata «Lucca ovest», nella cava di Batano (a Balbano); due raccordi a 380 chilovolt in semplice terna della lunghezza di 14,6 chilometri che andranno a innestarsi sull'elettrodotto «La Spezia-Acciaiuolo»; un raccordo a 132 chilovolt in semplice terna della lunghezza di 7,2 chilometri che andrà a innestarsi sull'elettrodotto «Viareggio-Filettole»; un raccordo a 132 chilovolt in doppia terna della lunghezza di 4,2 chilometri che andrà a innestarsi sull'elettrodotto «Filettole-Lucca Ronco»;

a fronte della demolizione di 15,9 chilometri dell'attuale elettrodotto, i complessivi 26 chilometri di nuovi elettrodotti attraverseranno i territori dei comuni di Lucca, Vecchiano, San Giuliano Terme, Massarosa e Camaiore; il nuovo tracciato interesserà, tuttavia, un numero minore di edifici abitativi rispetto all'attuale;

considerato che:

il dibattito sulle emissioni elettromagnetiche ruota ormai da tempo sull'equivoco che non si possa individuare un nesso diretto di causa-effetto tra le medesime e l'insorgere nelle popolazioni di malattie neoplastiche, tumorali e leucemiche, in particolare, queste ultime, su bambini e adolescenti e che quindi non si possa stabilire quale sia il limite da definire per non incorrere in rischi per la salute umana;

ciò accade anche in quanto non vengono presi in considerazione i valori delle emissioni ammesse per i vecchi e i nuovi elettrodotti e la relativa incongruenza;

in particolare preoccupa il fatto che i valori relativi alle emissioni, ammessi dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 luglio

2003, siano molto più alti di quelli che tutte le ricerche medico-scientifiche e medico-statistiche sugli effetti provocati dalle emissioni elettromagnetiche ritengono siano limiti di sicurezza per la salute umana;

l'articolo 3, comma 2, del decreto stabilisce, infatti, che come parametro di riferimento per la verifica del rispetto del valore di attenzione si debba assumere la mediana dei valori di induzione magnetica nell'arco delle 24 ore nelle normali condizioni di esercizio;

dal bollettino sintetico dell'ARPAT, del periodo 1° gennaio 2017-31 gennaio 2017, che riporta il monitoraggio in continua dell'induzione magnetica e le correlazioni della linea n. 314 con i dati di corrente precedenti si desume che: nel sito A, in località San Carlo Terme del comune di Massa la massima mediana sulle 24 ore ha raggiunto i 5,01 microtesla, con picchi di 7,64 microtesla; nel sito B, in località Marzocchino del comune di Serravezza la massima mediana sulle 24 ore ha raggiunto i 2,67 microtesla, con picchi di 4,07 microtesla; nel sito C, in località Maggiano del comune di Lucca la massima mediana sulle 24 ore ha raggiunto i 3,61 microtesla, con picchi di 5,51 microtesla; nel sito D, in località San Pietro del comune di Lucca la massima mediana sulle 24 ore ha raggiunto i 3,14 microtesla, con picchi di 4,79 microtesla; nel sito E, in località La Gabella del comune di Calci la massima mediana sulle 24 ore ha raggiunto i 2,33 microtesla, con picchi di 3,55 microtesla; nel sito F, in località Strettoia del comune di Pietrasanta la massima mediana sulle 24 ore ha raggiunto i 2,98 microtesla, con picchi di 4,55 microtesla;

le ricerche medico-scientifiche più accreditate sostengono il principio di cautela e prevenzione come l'unico che possa effettivamente mettere al riparo la salute umana da questa minaccia e l'Organizzazione mondiale della sanità ha individuato nei 0,4 microtesla «il valore al di sotto del quale si può ritenere con ragionevole certezza che non esistano rischi per la salute»;

inoltre, è necessario eliminare ogni distinzione tra vecchi e nuovi elettrodotti ai quali, senza alcuna distinzione, dovrebbero essere applicati i valori limite di emissione più bassi, ovvero nella misura degli 0,4 microtesla; considerato, inoltre, che:

Terna Rete Italia ha chiesto l'attivazione in data 23 marzo 2014 della procedura di valutazione di impatto ambientale, ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo n. 152 del 2006 per il progetto di riassetto della rete 380 e 132 chilovolt nell'area di Lucca;

tale progetto prevede l'attraversamento di alcune aree di interesse paesaggistico soggette a tutela *ex art.* 136 del decreto legislativo n. 42 del 2004 presenti nell'area di 2 chilometri dall'intervento;

la Regione Toscana, con l'atto di integrazione del piano di indirizzo territoriale (PIT) con valenza di piano paesaggistico, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 31 del 27 marzo 2015, previa intesa con il Ministero dei beni e le attività culturali e del turismo, è stata tra le prime Regioni italiane ad approvare un piano che considera il paesaggio come un bene da tutelare in quanto fattore di crescita economica e sociale e come segno stesso della propria identità;

gli amministratori dei Comuni interessati dall'intervento progettuale di Terna SpA hanno più volte evidenziato agli organi preposti, tra cui la Regione stessa, l'incoerenza tra il progetto presentato da Terna e il PIT approvato;

in particolare, si sottolinea che il PIT richiama i principi di tutela e salvaguardia del patrimonio territoriale e prescrive che gli interventi nelle aree identificate dal codice dei beni culturali come di notevole interesse pubblico o tutelate per legge debbano essere conformi alla disciplina dei beni paesaggistici;

nel caso specifico del progetto presentato da Terna, i Comuni hanno sottolineato più volte l'inosservanza delle norme, chiedendo alla Regione di intervenire nei confronti del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare per la tutela del paesaggio collinare e, in particolare, per impedire l'interruzione delle visuali panoramiche e l'irreversibile taglio del patrimonio boschivo;

la realizzazione e il tracciato dell'elettrodotto hanno trovato una netta contrarietà non solo da parte delle amministrazioni locali, ma anche delle associazioni e dei cittadini, che si sono organizzati in comitati e mossi unitariamente per salvaguardare le zone collinari di pregevole aspetto paesaggistico della Lucchesia, caratterizzata, tra l'altro, dagli itinerari pucciniani;

inoltre, il Ministero dei beni culturali, sulla scorta delle deduzioni della Soprintendenza, ha confermato la non opportunità di un intervento tanto impattante e la priorità della salvaguardia del patrimonio paesaggistico;

in generale, è necessario considerare che non tutti i comitati di cittadini sono pregiudizialmente contrari alle varianti Terna al progetto iniziale EL 324, ma la soluzione B1 è da considerarsi estremamente impattante, mentre numerose osservazioni per rendere meno impattante dal punto di vista ambientale la variante A1 sono state inviate ai Ministeri competenti e alla stessa Terna,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza della situazione;

se il Ministro della salute intenda intervenire con urgenza, al fine di risolvere il problema delle emissioni elettromagnetiche e della salute dei residenti, evitando soluzioni che rimandino *sine die* la questione primaria della salute dei cittadini delle zone coinvolte, anche valutando l'opportunità di eliminare il vecchio tracciato;

se non ritenga di dover aggiornare i limiti delle emissioni elettromagnetiche sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, eliminando ogni distinzione tra vecchi e nuovi elettrodotti, considerando anche la necessità di prevedere ampie zone di rispetto tra elettrodotti e abitazioni, oltre ad adeguate distanze dai conduttori;

quali misure il Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo intenda assumere affinché per il tracciato dell'elettrodotto sia scelta la soluzione di minor impatto, oltre che sulla salute dei cittadini, anche sul paesaggio.

(3-03633)

