

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 7)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 10 NOVEMBRE 1994

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento della Camera)

**AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE RAFFAELE COSTA,
SULL'ATTUAZIONE DELLE RISOLUZIONI BARBIERI
N. 7-00069 (CASI DI COLERA) E SAIA N. 7-00058 (CENTRO INRCA DI POGGIO SECCO)**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sull'attuazione delle risoluzioni Barbieri n. 7-00069 (casi di colera) e Saia n. 7-00058 (centro INRCA di Poggio Secco):		Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	148
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	141	Colombini Edro (gruppo forza Italia)	144
	143, 144, 149	Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i>	141, 143 144, 145, 146, 148
Barbieri Giuseppe (gruppo alleanza nazionale-MSI)	144	Perinei Fabio (gruppo progressisti-federativo)	146, 148
		Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	144, 145, 146

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 13,45.

Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sull'attuazione delle risoluzioni Barbieri n. 7-00069 (casi di colera) e Saia n. 7-00058 (centro INRCA di Poggio Secco).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento, del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, sull'attuazione delle risoluzioni Barbieri n. 7-00069 (casi di colera) e Saia n. 7-00058 (centro INRCA di Poggio Secco).

Cedo subito la parola al ministro Costa.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. È noto che fino al 20 ottobre scorso sia i controlli di laboratorio eseguiti presso i presidi ospedalieri pugliesi per alcuni casi sospetti di sintomatologia a carico dell'apparato gastrointestinale sia gli accertamenti batteriologici mirati, ripetutamente effettuati dall'istituto di igiene dell'università di Bari su campioni di acque reflue, di acqua di mare o di acque potabili, avevano sempre fornito esiti negativi sulla presenza di vibroni colerici. In tale data, invece, si è avuta la prima segnalazione dell'isolamento di un ceppo batterico con le caratteristiche del vibrione colerico.

Da quel giorno (20 ottobre), in tempi successivi, sono stati complessivamente identificati dieci casi di infezione colerica relativi a sei uomini e quattro donne, tutti di età adulta e residenti a Bari o nelle vicinanze. Per gli ultimi due casi la conferma diagnostica risale al 31 ottobre scorso. Da quel giorno, nonostante numerose segnala-

zioni di sindromi gastrointestinali sospette non è più avvenuto alcun isolamento di vibroni colerici nei pazienti di volta in volta interessati.

È importante sottolineare come in tutti i casi conclamati di infezione, tranne uno, stando alle dichiarazioni degli stessi pazienti colpiti, la presumibile fonte di contagio risulterebbe di carattere alimentare ed identificabile, in particolare, nel consumo di pesce ovvero di molluschi cefalopodi (seppie) o di molluschi eduli lamelli-branchi (mitili) crudi, mentre - in un caso - l'alimento contaminato sarebbe stato costituito da insalata.

L'agente patogeno responsabile dell'attuale - o del passato, speriamo di poter dire - focolaio di infezione colerica in Puglia è stato identificato in un vibrione di gruppo 01 (biotipo « El Tor », sierotipo « Ogawa »), in tutto simile quanto a caratteristiche microbiologiche ai vibroni all'origine di analoghi focolai epidemici insorti durante la scorsa stagione estiva in alcune aree del Mediterraneo e dell'Europa orientale.

Si tratta fortunatamente di un vibrione caratterizzato da una minor virulenza rispetto ai biotipi cosiddetti classici responsabili di epidemie del passato. Questo spiega perché l'infezione attuale possa presentarsi anche con un quadro clinico atipico e con sintomi modesti a carico dell'apparato gastrointestinale, mentre risultano molto frequenti le infezioni asintomatiche, cioè subcliniche, come pure sono numerosi i portatori sani del vibrione.

Nel loro insieme, in definitiva, gli elementi di valutazione che compongono il quadro attuale, aggiornato del focolaio di infezione colerica, indurrebbero a pensare ad una situazione epidemiologica ormai

sotto controllo. E questo — se è vero — è molto probabilmente dovuto anche agli effetti tardivi, ma forse risolutivi su taluni comportamenti individuali assai imprudenti perché palesemente contrari ad ogni canone di igiene, alle reiterate indicazioni cautelari delle autorità sanitarie, indotte dalle linee guida per la prevenzione del colera diramate dal Ministero della sanità fin dal 17 settembre 1994 e culminate, da ultimo, nell'ordinanza ministeriale del 31 ottobre 1994 concernente il divieto di somministrazione nei locali pubblici di molluschi eduli lamellibranchi crudi di provenienza dalla Puglia.

Ciò premesso, è doveroso dire con chiarezza, invece, che sotto il profilo tecnico-sanitario la campagna di vaccinazione di massa, così come auspicata nella risoluzione Barbieri n. 7-00069 quale mezzo di profilassi determinante, non può essere condivisa dal Ministero della sanità perché oggi è unanimemente riconosciuto che la vaccinazione anticolerica, la chemioprofilassi di massa o l'istituzione di cordoni sanitari costituiscono misure inefficaci e quindi inutili — se non potenzialmente dannose — per prevenire l'ingresso del vibrione colerico nel territorio ancora indenne o per controllare la sua diffusione nel corso dell'epidemia.

Si deve infatti anzitutto considerare che la vaccinazione con il tradizionale vaccino disponibile a base di batteri uccisi assicura una protezione ben limitata, oscillante tra il 30 ed il 50 per cento, e valida — per di più — entro un periodo di tempo non superiore, nel migliore dei casi, a tre mesi.

Non può ignorarsi, inoltre, che la vaccinazione (e questo è l'aspetto più rischioso del suo eventuale impiego) non previene in alcun modo la possibilità di infezioni inapparenti né l'instaurarsi dello stato di portatore sano del vibrione colerico, cioè proprio quelle condizioni di potenziale, ma latente rischio patologico che, come abbiamo visto, costituiscono una connotazione peculiare del tipo di focolaio colerico in atto. In questo caso, quindi, la vaccinazione anticolerica, oltre ad offrire un ingannevole senso di sicurezza nelle per-

sone vaccinate, così illudendole molto spesso di poter continuare impunemente a trascurare elementari norme igieniche, potrebbe favorire un pericoloso estendersi della disseminazione del vibrione ad aree indenni proprio per l'azione di portatori sani che si ritenessero erroneamente immuni.

La stessa chemioprofilassi di massa, a sua volta, deve ritenersi una misura inutile e potenzialmente dannosa ai fini di una reale ed efficace profilassi dell'infezione colerica, perché favorisce nella popolazione esposta la selezione di ceppi batterici resistenti all'azione di antibiotici e di chemioterapici. A tale proposito sembra piuttosto significativa la constatazione che i vibrioni colerici « El Tor » isolati nel corso di recenti epidemie, in Africa centrale come in Europa orientale e in Asia (si è calcolato che il processo di avvicinamento al nostro paese sia durato alcuni mesi: partendo dal Pakistan il vibrione è arrivato in Italia guadagnando un paese ogni 45 giorni), mostrano oggi una spiccata resistenza alla tetraciclina, antibiotico che, fino a non molto tempo fa, veniva considerato un mezzo terapeutico d'elezione contro l'infezione colerica.

Tutto ciò induce il Ministero della sanità a ribadire ancora che la migliore profilassi contro l'infezione colerica deve essere costituita da adeguate misure igieniche personali ed ambientali, che — non a caso — sono state da esso diffusamente richiamate nelle già ricordate linee-guida, diramate alle regioni ed alle province autonome fin dal 17 settembre scorso, al primo manifestarsi dell'epidemia nella vicina Albania.

In conclusione, rimetto alla Commissione tutta la documentazione relativa ai casi notificati e alle sospette fonti d'infezione, in sostanza tutta la documentazione più importante relativa ai casi di colera. Come ho già detto da dieci giorni non ci sono notizie di casi conclamati e da sette-otto giorni non ci sono casi sospetti (si tratta di dati aggiornati fino a pochi minuti fa); pertanto mi auguro che il focolaio, se non lo sia ancora, si stia definitivamente spegnendo.

PRESIDENTE. Inviterei il ministro, data l'imminenza di votazioni in Assemblea, a svolgere anche la seconda relazione, relativa all'attuazione della risoluzione Saia n. 7-00058.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Il signor Claudio Ferrante ha avanzato istanza di risarcimento per il grave danno subito in occasione dell'incidente occorsogli nel 1985 presso il bar della sede INRCA di Firenze, a seguito dell'ingestione di soda caustica al posto di acqua minerale. Lo stesso ha richiesto, in data 29 novembre 1991, all'ente di interesse un circostanziato rapporto sul fatto denunciato. L'ente, con lettera 29 gennaio 1992, ha fornito la versione dei fatti verificatisi presso i locali del bar sopra citato, allegando i relativi atti e documenti, tra i quali la convenzione stipulata tra l'INRCA e il titolare della gestione del bar.

Da quest'ultimo documento si evince con chiarezza come l'istituzione scientifica in parola abbia declinato ogni responsabilità in ordine alla copertura dei rischi, quali infortuni ed incidenti connessi alla gestione del bar il cui titolare, viceversa, si è impegnato espressamente, in forza della suddetta convenzione, a far osservare « tutte le disposizioni per la sicurezza e la prevenzione di danni, infortuni, incidenti ».

La richiesta del signor Ferrante, inoltrata all'INRCA di Ancona, di voler addivenire ad una transazione della vertenza, in presenza peraltro di un giudizio pendente davanti al giudice civile, adito nel frattempo dall'interessato, non ha potuto trovare accoglimento, tenuto conto che soltanto l'autorità giurisdizionale adita potrà decidere nel merito della vertenza di cui trattasi.

Questa determinazione è stata assunta in considerazione della circostanza secondo cui, sotto il profilo strettamente giuridico, non può essere coinvolta la suddetta istituzione scientifica, tenuto conto che le responsabilità connesse all'incidente di cui trattasi sono riconducibili esclusivamente al titolare della gestione del bar per configurazione della cosiddetta *culpa in*

vigilando. Né d'altra parte può essere imputata, ad avviso del Ministero della sanità e dell'INRCA di Ancona, alcuna responsabilità connessa alla *culpa in eligendo*, atteso che, come si evince dalla lettura dell'atto convenzionale stipulato dal titolare del bar e della stessa INRCA, quest'ultima ha operato una scelta che conforma i requisiti richiesti dalla fattispecie in esame. Tant'è che l'istituto scientifico, che come è noto gode di un'ampia autonomia amministrativa giuridico-gestionale quale ente di diritto pubblico, si è premurato di far assumere espressamente al titolare della gestione l'obbligo di far osservare tutte le disposizioni per la sicurezza, la prevenzione dei danni, gli infortuni, gli incendi, l'igiene, la sanità e quant'altro attinente all'uso e al godimento dei locali ed alla destinazione specifica a bar, impegnandosi a mantenere sempre efficienti gli impianti relativi, ad ottemperare a propria cura e spese a tutte le prescrizioni comunque impartite al riguardo dalle pubbliche autorità, esonerando l'INRCA da ogni responsabilità.

Stante quanto sopra, il Ministero ha rappresentato, con una nota del 13 febbraio 1992, all'ente in parola, l'impossibilità di addivenire ad una soluzione transattiva della vertenza, richiesta dall'interessato, per una somma complessiva di 400 milioni, atteso che l'ente stesso, a norma di legge, nella fattispecie, non ha alcuna legittimazione passiva per la stipula dell'atto transattivo di cui sopra.

Vorrei dare ora un aggiornamento relativo alla situazione processuale. Nello scorso mese di maggio del corrente anno risultava ancora pendente in istruttoria di primo grado dinnanzi al tribunale di Firenze la causa di risarcimento proposta dal signor Ferrante contro l'INRCA e i gestori del bar in cui si era verificato l'incidente. All'udienza del 20 aprile 1994 erano state precisate le conclusioni e la causa era stata rinviata all'udienza collegiale di ottobre, probabilmente per la discussione finale. L'udienza collegiale risultava quindi fissata ad appena quattro mesi di distanza rispetto all'udienza di precisazione delle conclusioni, termine molto ridotto rispetto alla normalità delle udienze collegiali che

presso il tribunale di Firenze vengono fissate ad un anno ed anche oltre rispetto all'udienza di precisazione delle conclusioni. Ritengo, pertanto, vi sia stata una sorta di interesse particolare per il caso da parte del tribunale. Non si conosce allo stato l'esito del giudizio innanzi al tribunale.

ANTONIO SAIA. Rinvio ulteriormente!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Al riguardo va ricordato che anche una condanna parziale a carico dell'INRCA per effetto del principio della solidarietà, comporterebbe un indubbio riconoscimento dello stesso istituto della responsabilità dell'evento, fermi gli effetti della successiva rivalsa nei confronti dei gestori, i quali, peraltro, sulla base di quanto è dato conoscere, risultano nullatenenti.

Dopo aver letto le carte, che forniscono una sorta di fotografia degli eventi, non tanto del momento in cui avvennero, quindi come causa, bensì successivi, potrei effettuare una convocazione delle parti (l'ho accennato al responsabile dell'INRCA qualche giorno fa) e degli avvocati, in modo da riuscire a capire se sia possibile trovare una strada che non comporti la definizione di un atto illegittimo, che eviti cioè l'abuso. Infatti, se emerge una responsabilità così netta da parte del gestore, ma non da parte dell'INRCA, sarà difficile che quest'ultima accetti di versare somma alcuna.

D'altra parte, ho l'impressione che le carte processuali non indichino una relazione molto diversa; comunque, se sarà possibile trovare una soluzione, giovandomi anche di ormai arrugginiti ricordi della mia professione, farò il possibile per favorire una transazione.

EDRO COLOMBINI. Desidero porre una questione relativa alla diffusione del colera. Poiché, come tutti sappiamo, l'infezione si trasmette attraverso le feci, quindi c'è sicuramente una responsabilità della rete fognaria della zona, vorrei sapere dal ministro se ha potuto verificare personal-

mente quale sia lo stato della rete fognaria, se siano state rispettate le norme di legge e se sia stato compiuto qualche intervento per renderle più adeguate in tempi brevissimi. Siamo infatti di fronte ad una problematica ormai storica, che potrebbe ripetersi nuovamente ogni anno.

Per quanto riguarda la seconda questione, vorrei una precisazione. L'esercizio dell'INRCA era gestito da privati o faceva riferimento ad una organizzazione tipo CRAL? In moltissimi ospedali ed istituti di ricerca, infatti, ci sono bar e centri di ristorazione dipendenti dal CRAL, ai quali non possono accedere gli esterni e naturalmente, a seconda di chi sia il titolare dell'esercizio, c'è una responsabilità diversa dell'istituto.

GIUSEPPE BARBIERI. Vorrei smentire il collega Colombini che parla di epidemie quasi annuali: se non sbaglio l'ultima epidemia di colera risale al 1973, quindi a ventun'anni fa.

PRESIDENTE. Credo si riferisse al bacino Mediterraneo, non al caso specifico.

GIUSEPPE BARBIERI. È come se dovessimo discutere della rabbia silvestre solo perché da voi ci sono le foreste e da noi no.

EDRO COLOMBINI. Dato che si sono verificati ripetutamente casi di colera negli ultimi anni, volevo soltanto sapere se possono individuarsi responsabilità dovute alla rete fognaria (*Commenti*).

PRESIDENTE. Cerchiamo di porre al ministro quesiti precisi, i commenti possono essere fatti anche all'esterno dell'aula.

GIUSEPPE BARBIERI. Dopo le assicurazioni del ministro e dopo la constatazione che negli ultimi dieci giorni non vi sono stati nuovi casi di colera, possiamo dire che l'epidemia — se di epidemia si può parlare — è ormai conclusa. Rimangono naturalmente i problemi igienici per i quali, grazie anche allo stanziamento di 100 miliardi disposto dal Consiglio dei mi-

nistri, speriamo di poter intervenire con una bonifica delle fogne di Bari e dell'immediata periferia della città.

ANTONIO SAIA. Ho ascoltato la relazione del ministro e prendo atto che alcuni interventi sono stati attuati; ritengo comunque necessaria una bonifica delle fogne e delle irrigazioni. Ho sentito che l'operazione è stata avviata e questo mi sembra un fatto importante.

Non mi convince però un passaggio della relazione del ministro. È stato detto che il vibrione non ha un'alta patogenicità, per cui vi sarebbero molti portatori sani. Questo non mi sembra un motivo per abbassare la guardia, ma, anzi, per temere di più il pericolo, proprio perché ci sono molti potenziali malati che non fanno di esserlo. Naturalmente il ministro per la sua relazione si è avvalso delle strutture competenti, però questa affermazione non mi convince.

Venti anni fa, quando si diffuse il colera nel nostro paese, fu decisa una vaccinazione di massa. È sì vero che la vaccinazione garantisce una protezione dal 30 al 50 per cento, è comunque una misura utile se si teme un'epidemia. Mentre sono d'accordo sul fatto che la terapia antibiotica preventiva non è indicata, poiché potrebbe selezionare dei ceppi resistenti, ciò non è vero per il vaccino. Quest'ultimo, tutt'al più, non garantisce una protezione sufficiente, ma non seleziona ceppi resistenti.

Se avessimo proceduto alle vaccinazioni un mese prima — non scordiamoci che il colera è partito ai primi di settembre, ma i primi episodi si sono avuti ad ottobre —, poiché il vaccino richiede dieci giorni per indurre l'immunità, forse l'azione protettiva, anche nei limiti del 30-50 per cento, si sarebbe esplicata in tempo. Fortunatamente l'epidemia è stata molto contenuta, però voglio ribadire la mia insoddisfazione per il fatto che non si sia ricorsi alla vaccinazione.

Per quanto riguarda la questione di Claudio Ferrante, vorrei ricordare al ministro ed ai colleghi che stiamo parlando di

una persona le cui condizioni dovrebbero destare l'attenzione di tutti.

Gli enti pubblici devono controllare i servizi interni che vengono dati in gestione ad esterni. Per rispondere anche all'onorevole Colombini, ricordo che nel caso di cui stiamo parlando, si tratta di un servizio privato aperto al pubblico ed erogato all'interno di un ente pubblico. Quest'ultimo ha il dovere di controllare a chi affida il servizio e come venga erogato, non può lavarsi le mani delle responsabilità che derivano da una cattiva gestione. Tanto più che in questo caso i gestori non hanno copertura assicurativa e non hanno un soldo per riparare i danni.

Questo la Commissione lo sapeva già nel momento in cui ha adottato la risoluzione; il Governo, quindi, si sarebbe dovuto comunque sentire impegnato dal fatto che questa Commissione aveva ritenuto che questo fatto andasse superato.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Questo è un auspicio politico, non può essere...

ANTONIO SAIA. Tant'è vero, signor ministro, che dal Ministero della sanità ci era pervenuta una nota senza firma di cui la Commissione ha ritenuto di non tener conto.

Il ministro ha parlato di *culpa in vigilando* e non di colpa diretta, ma vorrei precisare che nella causa in corso, per la quale non è stata ancora emessa la sentenza, si sta discutendo anche di una possibile colpa diretta da parte dell'INRCA, in quanto sembra che la soda caustica provenisse dall'interno dell'ospedale.

L'eventualità di una colpa diretta — su quanto sto per dire chiedo aiuto a lei, che è avvocato, e agli altri colleghi esperti di giustizia — apre il discorso sulla transazione. Credo, per quel po' di conoscenza superficiale che ho del diritto, che l'istituto della transazione venga utilizzato quando non si ha la certezza della colpevolezza o dell'innocenza: non ricorre alla transazione chi è certo di essere innocente, ma chi, invece, è certo di essere colpevole. Ritengo, quindi, che tale istituto possa essere

utilizzato prima che il giudizio vada a sentenza, perché dopo la transazione non avrebbe senso.

Voglio altresì segnalare che ormai questo giovane non è più nelle condizioni di poter affrontare le spese connesse alle cure di cui necessita, perché ogni mese, al di là delle sofferenze immani che subisce in quanto affetto anche da sclerosi multipla, è costretto, assieme all'accompagnatore, a recarsi due o tre giorni a Padova e a soggiornarvi per sottoporsi a dilatazioni esofagee. Credo che anche di questo il Ministero della sanità dovrebbe farsi carico.

Desidero infine segnalare che più volte il ministro si è impegnato con me a voce ad indire una riunione ...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. No, la riunione no! È la prima volta ... È vero che mi sono impegnato ad attuarla, ma della riunione ho solo detto questo!

ANTONIO SAIA. Signor ministro, quindici o venti giorni fa ci siamo incontrati ...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Tre volte.

ANTONIO SAIA. ... e lei mi disse: « Adesso, vedrò di convocare le parti e di tenere una riunione al ministero ».

Prendo atto della sua buona volontà e sono lieto che lei la manifesti in questa sede ufficiale. Però, considerate le condizioni che le ho segnalato e che riguardano soprattutto la salute di questo giovane, le chiedo: entro quali tempi convocherà questa riunione?

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Entro il mese di novembre.

ANTONIO SAIA. La ringrazio.

FABIO PERINEI. Signor ministro, premesso che il mio intervento sarà molto rapido e soprattutto molto sobrio, come cittadino barese mi permetto, in punta di piedi, di appellarmi alla sua sensibilità affinché non sottovaluti ciò che è accaduto.

La esorto anche a lasciar stare le due scuole di pensiero che su questa vicenda si sono espresse: quella secondo cui il colera è venuto con gli albanesi, l'altra secondo cui è dovuto all'abuso di frutti di mare crudi. Probabilmente, le due cause sono concomitanti ed hanno entrambe la loro influenza.

Durante l'epidemia di colera del 1973, ci fu detto che per venirne a capo, probabilmente, bastava mangiare un limone. Questo per dire che una situazione drammatica, per certi aspetti tragica, può rischiare di scadere nel ridicolo e, comunque, nell'incredibilità.

Non so se le autorità del luogo che lei ha incontrato, magari facendo a meno del conforto dei parlamentari della regione, che avrebbero potuto anche aiutarla ...

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. No, alla riunione ho pregato di venire uno per gruppo!

FABIO PERINEI. Non ne faccio oggetto di polemica, sia chiaro, né sono qui per rivendicare un invito mancato. Non è questo il problema. Voglio solo sottolineare che in quelle circostanze i parlamentari del luogo avrebbero potuto aiutarla di più e meglio a comprendere la situazione effettiva della regione. La Puglia, infatti, è ricca e sviluppata, ma resta una povera regione sviluppata e una povera regione ricca, perché vi sono livelli di sviluppo considerevoli, ma non altrettanto di progresso.

La condizione igienico-sanitaria strutturale della regione Puglia, su cui il collega Barbieri non si è soffermato abbastanza, è drammaticamente precaria. Il colera è stato portato dagli albanesi? Posso anche convenire con questa scuola di pensiero, ma sarebbe come se un cerino fosse stato gettato in una pompa di benzina, perché la Puglia è il miglior centro di accoglienza per il vibrione del colera: la rete idrico-fognaria della regione o è inesistente per l'80-90 per cento (vedi il Salento) o decisamente fatiscente. Vi sono agglomerati urbani con 60, 70, 80 mila abitanti (Andria, Barletta e Molfetta, per esempio) le cui strutture idrico-fognanti, là dove esistono,

risultano ormai fatiscanti, tali da non raccogliere più nulla, da non controllare niente.

Si deve anche tener conto del fatto che, molte volte, la conduttura idrica scorre in parallelo con quella fognante e che spesso non si sa quale sia quella sovrastante; può quindi verificarsi che quella sovrastante sia quella fognante e che una perdita in quest'ultima inquina l'acqua potabile.

Queste realtà sono note e le conosciamo da più di un quarto di secolo: le verificammo nel 1973. Ai colleghi della maggioranza dico, con molta onestà, di non sentirsi in colpa e di non precipitarsi, quindi, a lanciare messaggi tranquillizzanti, anche perché non sono loro addebitabili responsabilità precedenti. Dico questo perché amo l'onestà nei nostri rapporti. Vi sono stati Governi locali e regionali che, di fronte al dramma che viviamo costantemente, hanno usato a volte indifferenza, molte volte cinismo e spesso distrazione.

Dobbiamo anche sapere che più dell'80 per cento della produzione orticola è irrorata con liquami non depurati. Dunque, se vogliamo offrire un contributo di grande creatività e di grande serietà, dobbiamo attivarci, se è possibile, per una ricognizione della realtà attuale del territorio pugliese. La mia proposta è che questo compito non sia delegato ad alcuno: o andiamo di persona per vedere come stanno realmente le cose oppure invitiamo qui il presidente della giunta regionale, l'assessore alla sanità, il prefetto — per le cose che dirò dopo — ed il presidente dell'acquedotto pugliese. Non possiamo infatti affidarci ad indiscrezioni di cronaca o a *reportages* più o meno fedeli o scandalistici: abbiamo la necessità di una ricognizione autentica, aderente alle realtà effettive.

Non voglio fare polemiche né causare lacerazioni, ma se, per tranquillizzare, uno dei vice presidenti del Consiglio annuncia che « porterà cento miliardi alla Puglia » — così si sono espressi i giornali locali — credo si ripeta la vecchia storia da sempre vissuta in quello spicchio di Mezzogiorno. Tranquillizzare circa 4 milioni di abitanti — tanti ne conta la Puglia — con l'annuncio

che il vicepresidente del Consiglio ha portato alla regione cento miliardi per risolvere la questione, a me sembra non solo vecchio, ma ormai insopportabile.

Tra l'altro, per le ragioni che mi sono sforzato di illustrare, 100 miliardi non servono se non alla pura disinfezione dei luoghi; occorrerebbero infatti — a parere di chi più o meno è capace di analizzare la situazione — migliaia di miliardi. Il Salento non ha strutture idrico-fognanti civili; esistono i pozzi neri. Se facciamo la mappa dei depuratori, vediamo che esistono situazioni tragicamente ridicole: viene realizzato un depuratore per 30 mila abitanti in una realtà urbana che ne conta 70-80 mila. Accade allora che l'acqua depurata vada a ricongiungersi con l'acqua inquinata, a causa di un *by pass* nella struttura; tutta questa acqua viene però usata per irrorare le nostre produzioni orticole.

Signor ministro, non so se lei sia a conoscenza del fatto che i 100 miliardi che il Vicepresidente del Consiglio dice di voler portare in Puglia per fronteggiare questa situazione drammatica sono già stanziati e destinati alla regione Puglia, e vengono sottratti o al golfo di Manfredonia o ad altri capitoli già acquisiti. Se un Vicepresidente del Consiglio deve costringere un umile parlamentare come me a scandalizzarsi e ad aggredirlo (per carità, verbalmente, politicamente) penso che non ne veniamo assolutamente a capo.

Sembra infatti di essere tornati a Napoli, al colera di Napoli, alla dinastia Gava, che di fronte a tante ferite, a tanti guai, a tanti drammi promette il « cerotto » dell'intervento rapido ed immediato, che dovrebbe essere una sorta di panacea per i nostri mali. È accaduto dopo vent'anni, accadrà altre volte, signor ministro. Penso che dobbiamo avere l'onestà di dire ai nostri concittadini pugliesi che la questione è di grande portata e non ne verremo fuori, con 100 miliardi, nell'arco di trenta giorni o di un anno. Occorre che da parte nostra si dica la verità, che si concentrino tutti gli sforzi e le generosità per intervenire sugli aspetti più strutturali della questione.

VINCENZO BASILE. Per quanto riguarda il problema del colera, desidero far presente innanzitutto (Colombini l'ha detto a mio avviso in maniera imprecisa) che gli ultimi casi di colera (fu realmente un'epidemia) si sono registrati nel 1974 a Napoli, e non in Puglia.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Anche a Bari!

VINCENZO BASILE. Ma fu poca cosa; l'epidemia partì da Napoli, ci furono dei morti, ci furono centinaia di casi di colera. La vaccinazione in quel momento si imponeva; fu fatta, con risultati che non conosciamo, perché la vaccinazione contro il colera scientificamente non previene effettivamente la diffusione del morbo. È più giustificata la terapia di intervento: esiste infatti una terapia antibiotica che risolve il problema. D'altra parte in Albania la terapia antibiotica, più che la vaccinazione, ha stroncato, anche se non ancora del tutto, l'epidemia colerica.

Dico che questa iniziale presenza del colera in Puglia è chiaramente di importazione. Quando nel mese di settembre in questa Commissione io dissi che bisognava operare una più stretta vigilanza, mi fu rimproverato che ero troppo duro nei confronti dell'immigrazione, clandestina, degli albanesi. Questa mia previsione purtroppo si è rivelata fondata.

Per quanto riguarda gli interventi — per rispondere al collega che mi ha preceduto — certamente la situazione fognaria nel salentino sarà insufficiente, non lo metto in dubbio; sarà certamente insufficiente in tutto il resto della Puglia, non lo metto in dubbio. Ma le colpe e le responsabilità di una situazione di questo genere sono dei comuni e delle regioni che finora hanno amministrato questi territori. È chiaro che non si può chiedere al Governo di risolvere con una bacchetta magica il problema delle fogne in tutta la regione Puglia. È chiaro che non si può chiedere in questo momento all'attuale Governo di impegnare per un'emergenza, pur limitata — io ritengo —, l'intero Stato, così come veniva fatto dai Gava o dai Pomicino di una

volta, approfittando, ad esempio, di un terremoto per portare soldi in un paese della provincia di Napoli anche se esso non era stato in effetti danneggiato.

Noi questo, per onestà morale, per onestà politica, non lo chiederemo mai! Noi chiediamo alle regioni, ai comuni di farsi carico dell'impegno di risolvere i problemi sul posto, con i fondi che essi hanno a disposizione per queste situazioni, attingendo alle imposte comunali e alle altre entrate che essi hanno a disposizione.

È una realtà che dobbiamo tener presente, non per scaricare le responsabilità sugli organi periferici, ma per essere realisti, perché il problema delle fogne esiste non solo in Puglia, ma anche in Campania, in Calabria, forse anche in molte zone dell'Italia del nord. Non si può chiedere la bacchetta magica per sanare una situazione di questo genere. I 100 miliardi che il Governo ha stanziato per l'emergenza sanitaria in Puglia non devono avere altra finalizzazione e devono andare tale direzione; se con questa somma si potrà anche risanare una parte delle fogne, ben venga lo stanziamento.

Aggiungo che, se fosse vero che l'epidemia è dovuta allo stato delle fogne, i casi di colera avrebbero dovuto essere non quindici o venti, ma centinaia. Non possiamo quindi fare pura e semplice demagogia su queste questioni: ribadisco che, se l'epidemia fosse stata causata dallo stato in cui versano le fogne, non avremmo avuto quindici casi di colera, ma ne avremmo avuti centinaia.

FABIO PERINEI. Ma chi la fa la demagogia, Basile?

VINCENZO BASILE. Per quanto riguarda il caso del ragazzo che aveva bevuto la soda caustica, mi auguro che il ministro risolva il problema. Tuttavia voglio dire una cosa (ed anche in questo caso si tratta di non scaricare le responsabilità): credo che la convenzione sia stata stipulata tra la USL e la regione. Come mai la regione e la USL non si sono fatte carico di intervenire in via di mediazione per risolvere il problema? Perché gli organi

della regione non hanno pensato di intervenire in questo senso?

Ritengo quindi che non si debbano scaricare sullo Stato, e sempre su di esso, responsabilità indirette. Mi auguro che il ministro riesca a risolvere il problema per ragioni umanitarie, sapendo però che per la responsabilità politica e per la responsabilità oggettiva ci si deve rivolgere agli enti territoriali competenti.

PRESIDENTE. Poiché stanno per avere luogo votazioni qualificate in Assemblea,

rinvio ad altra seduta il seguito dell'audizione.

La seduta termina alle 14,35.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA*

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 17.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO