

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

9.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2004

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

9.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2004

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i>	3
INDAGINE CONOSCITIVA SU SULLA CO- PERTURA VACCINALE IN ETÀ PEDIA- TRICA E SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIE INFETTIVE	
Audizione del ministro della salute, Giro- lamo Sirchia:	
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i> .	3, 4, 11, 15
De Franciscais Alessandro ((Misto-UDEUR- AP)	5, 9, 14
Rollandin Augusto (AUT)	10
Rotondo Antonio (DS-U)	8, 9, 10, 13
Sirchia Girolamo, <i>Ministro della Salute</i> ..	3, 9 11, 13, 14, 15

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MARIA BURANI PROCACCINI

La seduta comincia alle 19,15.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

**Audizione del ministro della salute,
Girolamo Sirchia.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla copertura vaccinale in età pediatrica e sulla ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive, l'audizione del ministro della salute, Girolamo Sirchia. Esprimo un ringraziamento al signor ministro che, con la sua autorevolezza scientifica, viene a dare un *imprimatur* all'attività svolta da questa Commissione. Lo schema di documento conclusivo che le è stato consegnato reca i principali nodi tematici affrontati nel corso nell'indagine conoscitiva svolta: le saremmo grati se potesse esprimere il suo parere relativamente ai temi in discussione ad al nostro lavoro.

I colleghi presenti, particolarmente coloro che si sono occupati di questo argomento, potranno rivolgerle le domande che riterranno utili ai fini della stesura definitiva del documento conclusivo e della

sua successiva presentazione alle Camere. Le do pertanto la parola, signor ministro.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. In primo luogo, intendo complimentarmi con la Commissione per l'ottimo lavoro svolto, in particolare per lo schema di documento conclusivo sulla copertura vaccinale in età pediatrica e sulla ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive, che condivido in larghissima misura. Mi soffermerò, pertanto, solo su alcuni punti particolarmente rilevanti.

Ritengo sia importante sottolineare, come è stato fatto, quanto le vaccinazioni costituiscano tuttora uno strumento di prevenzione ineguagliabile poiché dotate di una valenza protettiva, individuale e collettiva di grande efficacia e dunque di particolare importanza per la salute pubblica. Purtroppo, la percezione della loro validità tra i cittadini italiani, non è uniforme né particolarmente elevata.

A questo, certo, contribuisce anche il fatto che laddove la vaccinazione è definita obbligatoria la copertura è elevata, mentre se la dizione « obbligatoria » viene sostituita da quella « raccomandata », non lo è più. Comunque, sussiste una differenza tra le varie regioni decisamente preoccupante e ritengo che l'esempio costituito dalla Campania, relativamente al caso di epidemia di morbillo del 2002 sia solo uno tra quelli più importanti. Il primo obiettivo da porsi è dunque l'elaborazione di un'adeguata strategia di informazione, strategia che peraltro rientra nelle campagne ministeriali sulla prevenzione e la diagnosi precoce e, più in generale, sull'educazione sanitaria. Nella giornata di domani è previsto un incontro su questo tema specifico, e più in generale sul riordino del sistema, in relazione all'attività vaccinale. È opportuno, inoltre,

ricordare come l'Italia sia l'unico paese europeo a prevedere per legge solo alcune vaccinazioni, limitandosi a raccomandare le altre.

Questo sistema presenta dei vantaggi e delle debolezze. Non rendendo indispensabili, nella percezione dell'opinione pubblica, le vaccinazioni raccomandate fa sì che molto spesso vengano considerate non utili e non necessarie al punto tale che i genitori non si attivano per eseguirle. Questo stato di cose produce un gravissimo danno. Mi sembra anche opportuno sottolineare come il sistema di offerta delle vaccinazioni, di registrazione delle avvenute vaccinazioni e quello degli eventi avversi sia imperfetto a causa della disomogeneità dei comportamenti e impegni delle regioni, della partecipazione non bene organizzata dei pediatri, delle strategie vaccinali, dell'organizzazione delle strutture delle vaccinazioni, delle modalità di registrazione dei soggetti vaccinati.

Questo credo sia il punto principale sul quale individuare, con le Regioni, il percorso più idoneo a trovare un raccordo adeguato. Alcune soluzioni organizzative, come la figura del responsabile regionale deputato a svolgere una funzione di coordinamento delle varie strutture e delle unità di personale coinvolto nell'attività vaccinale, mi pare costituiscano un'ottima proposta. Condivido anche il punto specifico relativo ad una previsione di indennizzo da vaccino che - è giusto ricordare - dovrebbe essere assicurata non solo per le vaccinazioni obbligatorie, ma anche per quelle raccomandate. Per quanto riguarda la seconda parte dello schema di documento conclusivo, relativo alla rete ospedaliera pediatrica, non vi è dubbio che, come abbiamo rilevato proprio grazie al contributo fornitoci dalla società di pediatria, mentre disponiamo di troppe strutture pediatriche generali difettiamo di una loro estesa qualificazione sul territorio. Soprattutto, risultano mancanti reparti specialistici, come, ad esempio, quelli di malattie infettive o pronto soccorso pediatrici, cui abbiamo più volte fatto riferimento.

Alla luce di tutto ciò, quali sono le soluzioni proponibili a livello ministeriale? In primo luogo, è necessario addiventare ad un accordo con le Regioni che ci impegni ad un'organizzazione comune. Obiettivo non facile da realizzare sia perché le regioni possono decidere autonomamente se aderire, sia perché, a dispetto della loro stessa volontà, spesso non hanno neppure la forza di farlo per mancanza di un sistema adeguato nelle ASL che permetta loro di raggiungere l'obiettivo desiderato.

Oggi disponiamo di uno strumento importante costituito dal rinnovo della convenzione dei pediatri di libera scelta attualmente in fase di discussione alla SISAC. Il momento è quindi propizio per cercare di negoziare con i pediatri lo svolgimento di una attività di educazione prima che di materiale esecuzione delle vaccinazioni. A mio parere, oggi esiste una disponibilità del mondo pediatrico in tal senso se coinvolto in modo adeguato. Naturalmente, ciò non basta: è necessaria anche una adeguata organizzazione, in termini di strutture, di apertura, di registri, di raccolta dati, di flussi informativi, come è stato giustamente rilevato nello schema di documento conclusivo da voi elaborato.

Credo, inoltre, che l'Osservatorio debba monitorare le pratiche regionali non tanto per censurare, quanto per evidenziare e per migliorare le cose che non funzionano. Anche per quanto riguarda le strutture, la competenza è regionale. L'idea è di coinvolgerle in una riqualificazione delle strutture pediatriche utilizzando i fondi per l'edilizia sanitaria (ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988) che molte Regioni, almeno in parte, devono ancora usare.

Ritengo che la nostra azione, che fa seguito a quello che avevamo previsto per il Piano Sanitario Nazionale 2003/2005, debba mirare alla realizzazione degli obiettivi descritti e consegnare alla Commissione la documentazione in mio possesso.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che intendano porre domande o formulare richieste di chiarimento.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Signor ministro, mi pare che il suo breve intervento giudichi il lavoro svolto in questi mesi dai parlamentari della Commissione infanzia come un contributo utile al Governo. Non svilupperò un intervento ordinato per ragioni di tempo, ma voglio formulare una serie di quesiti, in modo che dalle sue risposte si possa orientare in maniera costruttiva ed intelligente il documento conclusivo della nostra indagine conoscitiva, per le eventuali azioni che speriamo di poter attuare in sintonia e di concerto con il Governo.

Da una questione emerge la nostra riflessione, che deriva sia dalla partecipazione di alcuni parlamentari con esperienza professionale nel mondo dell'età evolutiva, sia dall'audizione di una dozzina di persone le quali rappresentano a pieno titolo quanto di meglio oggi operi nell'area delle professioni relative all'età evolutiva e nell'ambito delle associazioni « laiche », che, invece, registrano gli effetti non desiderati delle vaccinazioni. In tutti gli interventi è presente il fatto che — segnale, tra gli altri, quelli di alcune agenzie regionali della sanità e di uffici di alto livello del suo dicastero —, i confini amministrativi di province e di regioni siano assolutamente permeabili alla epidemiologia delle malattie infettive.

Dalle sue parole ho avvertito che, ovviamente, le regioni sono padrone di fare quel che vogliono e siamo certi che il Parlamento e il Governo siano consapevoli del dibattito nazionale sviluppatosi in tema di devoluzione della sanità. Vorrei chiederle se l'osservatorio può rappresentare un punto forte e qualificante. In quest'aula abbiamo verificato dati impressionanti, che hanno mostrato come, al variare dell'incidenza di nuovi casi di morbillo in Campania, contemporaneamente ed ovviamente, nella regione Lazio e nelle regioni limitrofe si avvertiva lo stesso fenomeno. Alcuni bambini sono morti: nel 2002-2003 si muore ancora di morbillo e, francamente, immaginare che la Campania possa decidere in maniera difforme dal Lazio o dalle confinanti Basilicata e Calabria è preoccupante.

Vorrei chiederle se nel lavoro che svilupperà nei prossimi giorni con i suoi collaboratori si possa strutturare insieme qualcosa di più forte di un osservatorio. Teniamo conto che esperienze federali come quella degli Stati Uniti d'America si sono, comunque, dotate di un forte centro federale, cioè i CDC di Atlanta (tra l'altro, essendo medico, negli anni avrà avuto modo di avere contatti con quella realtà). In Europa si comincia ad avvertire qualche effetto positivo della spinta dell'Organizzazione mondiale della sanità alla regionalizzazione in scala continentale di alcune grandi malattie (credo che l'AIDS sia stata una lezione per tutti). L'anno scorso con la SARS si è verificato un grande esperimento naturale ed abbiamo visto che il suo dicastero ha fatto, in modo molto intelligente, pieno affidamento su una rete di informazioni internazionali.

Parimenti, ci parrebbe francamente sconcertante — come poi è risultato a questa Commissione — che ogni regione d'Italia possa operare, in materia di prevenzione e di approccio terapeutico e/o di isolamento al bambino affetto da malattia infettiva, in maniera s coordinata dalle altre regioni sorelle. Vogliamo sperare che, senza entrare nel dibattito politico, quale che sia il concetto e la cultura di devoluzione della sanità, non si arrivi a credere che nel 2004, al confine tra le regioni Campania e Lazio, qualcosa possa modificare quello che, invece, va oltre i confini amministrativi. Credo che l'osservatorio — che noi immagineremmo, almeno in sede parlamentare, come un qualcosa di più forte, come, ad esempio, un centro di coordinamento in tema di malattie infettive — debba essere la sede di un'efficiente anagrafe in tema di vaccinazioni, di relazioni o di *report* di malattie infettive.

Nel corso delle audizioni svolte vari professionisti hanno evidenziato in maniera abbastanza documentata un senso di diffusa sfiducia degli operatori sanitari che, nella frammentazione delle competenze e nelle divisioni tra le regioni, offrono un quadro pressoché inaffidabile della reale situazione epidemiologica, sia per quanto riguarda le malattie diagnosti-

cate ed eventualmente sottoposte all'isolamento o al ricovero specialistico, sia per quanto riguarda le pratiche vaccinali. Inoltre, si è discusso di come incentivare i pediatri e i medici sentinelle, ma ci piacerebbe sapere che nella struttura che dobbiamo costruire esiste una centrale di controllo sui temi dell'anagrafe e dell'epidemiologia delle malattie infettive.

Abbiamo apprezzato il tema delle vaccinazioni dell'obbligo, che è scaturita in tutti gli interventi, a cominciare dalla prima audizione, dove i nostri due consulenti - il professor Giammanco, igienista, e il professor Guarino, pediatra infettivologo - suggerivano che l'approccio contemporaneo più adeguato sarebbe quello delle vaccinazioni consigliate e non facoltative. Inoltre, si evidenziava che nei paesi occidentali il *trend* sia quello di eliminare l'obbligo in senso strettamente burocratico e, semmai, consentire un dissenso informato o un'altra forma di consapevole dissenso dalle vaccinazioni consigliate. Abbiamo anche cercato di entrare nelle questioni che attengono al ricovero dei bambini. Quindi, abbiamo problemi sulle strategie delle vaccinazioni e sul ricovero dei bambini sospetti di malattie infettive. In questo caso, sono emersi alcuni dati riportati nel corso delle varie audizioni e, significativamente, tramite il presidente della società italiana di pediatria, il presidente della federazione italiana medici pediatri, il direttore della clinica pediatrica dell'università di Milano e lo stesso Ministero della salute, qui rappresentato dal dottor Palumbo, che presentò dei dati, astenendosi da qualunque tipo di commento. Appare evidente che in Italia esiste in età pediatrica una pratica di ricovero improprio, sulla quale mi pare che anche ieri il suo ufficio stampa o il suo Gabinetto abbia diffuso qualche dato.

Abbiamo motivo di ritenere che il trenta o il quaranta per cento dei ricoveri pediatrici che hanno avuto luogo lo scorso anno in Italia, sono stati effettuati in strutture non attrezzate e non pensate per i bambini. Tale dato, che è già abbastanza irritante di per sé, in un moderno ed

organizzato paese occidentale, nel 2004, lo diviene ancora di più in caso di patologie particolari, quali alcune malattie infettive.

Vorremmo, pertanto, che lei, signor ministro, ci aiutasse a comprendere come (al di là dei limiti di qualsiasi schieramento politico: abbiamo lavorato splendidamente insieme, parlamentari di maggioranza e di minoranza) si possa definire e garantire che l'area pediatrica resti tale (è un punto, lo sappiamo, già contenuto nel piano sanitario nazionale ed è oggetto di continue consultazioni tra le società ed i sindacati medici con il ministro).

In ogni caso, ritorna sempre il primo punto che le ho sottolineato e che era nelle preoccupazioni di tutti i colleghi parlamentari, negli ultimi tre mesi: stante la regionalizzazione della sanità, non è detto che vi sia in tutte le regioni il medesimo approccio a tali temi.

Sarebbe, dunque, necessario ridefinire l'area pediatrica. Vorremmo immaginare che, con l'aiuto del Governo centrale e con una significativa (oltre i temi della contrattazione) presenza al tavolo Stato-regioni sia definito, tutelato, valorizzato ed implementato tutto ciò che attiene ai livelli qualitativi e, se necessario (mi sembra che lei, signor ministro, ne abbia fatto riferimento nella conclusione del suo intervento), anche alle disponibilità finanziarie per l'edilizia ospedaliera, in modo che, in generale, il minore in età evolutiva (sia lei che io sappiamo, così come i colleghi medici presenti, che tale età si è molto allungata, nei paesi occidentali) sia curato nei centri appropriati.

Vorremmo immaginare che su tale specifico tema, che è stato oggetto della nostra attenzione, andando verso una razionalizzazione dei ricoveri ed una progressiva chiusura di alcuni reparti (forse, ormai sottoutilizzati: è un problema di utilizzo delle risorse da parte delle regioni), si costituiscano almeno due o tre centri di riferimento importanti per le malattie infettive, nell'età evolutiva, nel nostro paese. Peraltro, il suo dicastero, in materia di SARS, ha aiutato la comunità medica italiana a far riferimento a due strutture attrezzate allo scopo.

Siamo nel mezzo della legislatura. Potremmo, nel rispetto nei nostri diversi ruoli istituzionali, Parlamento e Governo, forse operare qualche scelta di maggior rilievo, affinché almeno in ciascuna delle due isole maggiori, nel nord, nel centro e nel sud del paese vi sia un centro di eccellenza in tema di malattie infettive in età pediatrica.

In tema di morbillo e rosolia, l'Italia ha assunto impegni, in ambito internazionale, diretti all'eradicazione di tali malattie infettive. Nei prossimi mesi, potremmo compiere significativi passi in avanti. Il fatto che, in Campania, siano morti bambini per morbillo è una questione, senza usare i toni pesanti dello sconcerto e dello scandalo, che ci ha molto impressionato.

Le leggo, poi, alcuni quesiti, annotati nel corso dei lavori, anche da contributi di colleghi.

Signor ministro, l'osservatorio potrebbe essere il luogo che può assicurare che le iniziative regionali per la prevenzione e la cura delle malattie infettive in pediatria siano effettuate, nei tempi e modi indicati, in modo integrato tra le regioni italiane? Quali iniziative legislative lei ritiene potremmo tentare di disegnare insieme, per definire e rispettare i criteri minimi per le strutture che accolgono bambini con necessità di isolamento? A lei, che, sul piano professionale, ha una grande esperienza in materia di trapianti, non sfugge che la questione dell'isolamento va ben oltre la sola questione dell'evitare infezioni ad altri bambini.

Quali iniziative possiamo, poi, proporre (lei ha già manifestato un'apertura in tal senso) per il superamento del concetto di vaccinazione obbligatoria: verso, cioè, la cultura delle vaccinazioni consigliate? Su quali iniziative - ed, eventualmente, su quali risorse - possiamo lavorare, nella prossima finanziaria, per assicurare l'informatizzazione delle strutture deputate al controllo epidemiologico delle infezioni e della copertura vaccinale cui accennavo in precedenza? Quali iniziative possiamo insieme immaginare per implementare il

sistema delle notifiche obbligatorie di malattie infettive, in accordo con quanto stabilito a livello accademico?

Le segnalo, signor ministro, che nel dibattito in Commissione, in queste settimane, sono stati evidenziati i pro ed i contro dei diversi approcci.

Vi è chi ha immaginato un approccio più strettamente legale: l'obbligo della presenza di un medico specialista. Altri hanno pensato ad invogliare i medici sul territorio (medico e pediatra di famiglia). Altri ancora hanno chiesto di incentivare tale collaborazione, attribuendo al medico (o al pediatra di famiglia) o una retribuzione forfettaria o una retribuzione per dosi di vaccinazione o per bambino vaccinato. Secondo altri, infine, non sarebbe giusto monetizzare tale collaborazione, ma si potrebbe riconoscere al medico una quota-parte dei crediti della formazione, eccetera.

Sulle risorse finanziarie, lei ha fatto riferimento ad un articolo 20. Le confesso che non so neanche cosa sia. In ogni caso, abbiamo sentito (mi sembra nella relazione del dottor Palumbo, del suo dicastero) che era a disposizione una certa quantità di fondi (credo *ex* articolo 1 della legge n. 662 del 1996): se non erro, non molti - 2 miliardi di vecchie lire, per la gran parte destinati al settore delle malattie rare - che potrebbero eventualmente essere allocati come parte di risorse per i tre o quattro centri di coordinamento nazionale per le malattie infettive.

Anche su tale punto, lei, signor ministro, potrebbe (anche nei prossimi giorni) aiutarci a capire su quali risorse non ben sfruttate potremmo, per la parte legislativa, far leva.

Nella nostra indagine conoscitiva emerge, inoltre la necessità di comprendere, dato che non siamo in possesso degli strumenti per poter effettivamente verificare i dati (è stato raccontato, da alcuni auditi, che vi sono stati casi di certificazioni fasulle, volte ad ottenere l'iscrizione al primo ciclo scolastico), quali siano le disposizioni più idonee ad implementare la copertura delle vaccinazioni essenziali.

Una richiesta ci è stata rivolta dai genitori o, comunque, dalle associazioni dei danneggiati dai vaccini (avevo riscontrato tale problema anche in Commissione bilancio della Camera, alla quale appartengo) circa l'indennizzo dei danni da vaccino. Si tratta, allo stato attuale, in Italia, di un indennizzo unificato con i danni da emoderivati.

Tra l'altro, poiché il suo dicastero non è in grado (ritengo giustamente) di quantificare in maniera precisa e distinta la cifra globale da indennizzare, la questione diventa ancora più complessa; da parte nostra, poi, non riusciamo ad ottenere la relazione tecnica in Commissione bilancio. Legittimamente, i genitori di soggetti danneggiati da vaccino hanno sollecitato il Parlamento a promuovere un'iniziativa legislativa per disciplinare compiutamente la materia definendo un quadro preciso di riferimento. Attualmente, la normativa vigente prevede un indennizzo espressamente riferito ai danni conseguenti alle vaccinazioni obbligatorie.

Da ultimo, ci è stato segnalato, nel corso di una delle prime audizioni svolte presso questa Commissione, in cui si affrontava nel merito il problema delle immunizzazioni, che l'Italia non collabora alle attività del GAVI, struttura deputata a promuovere, mediante il *vaccine fund*, i programmi di vaccinazione nei paesi in via di sviluppo.

In conclusione, abbiamo evidenziato molto chiaramente il problema: nell'area pediatrica vi sono incursioni troppo frequenti; chiediamo pertanto al ministro della salute di trovare il modo di proteggerla e migliorarla, segnatamente per i bambini affetti da malattie infettive.

È stato portato come esempio positivo dell'Italia il modello AIDS, rispetto al quale i centri di eccellenza furono finanziati e il loro personale fu addestrato in alcuni luoghi chiave del nostro paese. In quel caso la risposta fu buona. Mentre, invece, vi è stata una grande dispersione di idee a fronte di un rilevante dibattito su un tema molto scottante quale quello in discussione. A mio parere, qualcosa in più possiamo ancora fare.

ANTONIO ROTONDO. La voglio ringraziare, signor ministro, per la sensibilità dimostrata nel venire qui in Commissione a confrontarsi con noi su questa problematica così importante. Ho sempre apprezzato la sue grandi competenze professionali e la stima è ancora viva; sono invece un po' meno soddisfatto della sua relazione e del quadro generale in cui ci si muove da quando è ministro di questo Governo. Veda, esistono problemi enormi nella sanità, a volte intollerabili, ma quando questi riguardano l'età evolutiva, la pediatria, i bambini, forse tutti noi li viviamo con maggiore angoscia. Lei ha parlato ieri — come riportano alcune agenzie di stampa — del problema dell'ospedalizzazione pediatrica, in calo in Italia. A mio avviso, però, e ad avviso di molti, si tratta ancora di un valore percentuale eccessivo per un paese avanzato come il nostro.

Perché c'è questa ospedalizzazione eccessiva, signor ministro? È abbastanza semplice, come rilevava anche il collega che mi ha preceduto. Esiste, in Italia, un numero eccessivo di ricoveri cosiddetti impropri. E questo, quasi sempre, è legato ad una incapacità del sistema sanitario nazionale e della pediatria di base, a monte, ma anche delle strutture ospedaliere a fornire delle risposte corrette per le esigenze dell'utenza. È indispensabile, signor ministro, la presenza di pronto soccorso pediatrici negli ospedali italiani. Purtroppo, solo il 50 per cento delle strutture ospedaliere del nostro paese dispone di un pronto soccorso pediatrico. È inoltre indispensabile, signor ministro, che negli ospedali e nelle unità operative di pediatria ci sia il pediatra presente ventiquattr'ore su ventiquattro, al fine di disporre di un ottimo filtro contro i ricoveri impropri. Invece, solo il 30 per cento delle strutture pediatriche nazionali possono garantire la presenza del pediatra per tutto l'arco del giorno. Dunque, occorre fare molto, impegnarsi di più e l'impegno deve essere concretizzato in atti governativi adeguati. Lei ha parlato giustamente di una rete ospedaliera pediatrica ipertrofica in Italia. È vero, ci sono troppi posti letto,

troppe unità di pediatria diffuse nel territorio, ma una delle situazioni più frequenti e riscontrabile in maniera diffusa e percentualmente molto più elevata nel sud d'Italia, è la relativa inefficienza di tale rete.

La causa più importante e frequente di ricovero in pediatria è rappresentata ancora oggi, nel 2004, dalle malattie infettive. Avremmo potuto e potremmo fare molto, mediante un impegno concreto e massiccio da parte del Governo, per ridurre il tasso di ospedalizzazione e riducendo i ricoveri impropri; potremmo migliorare di gran lunga l'offerta sanitaria e la gestione del bambino malato nel caso di malattie infettive. Ricordava in un suo passaggio il collega De Franciscis, ce lo ha detto in maniera accorata, qui, il professor Tancredi, che nel 2002 a Napoli sono morti molti bambini per sepsi meningococcica. Di sepsi meningococcica si può anche morire, e conosciamo bene la gravità del quadro. È grave, però, che non si sia potuto fare diagnosi di questa patologia, perché i bambini erano ricoverati in strutture ospedaliere non pediatriche dove, così ci ha detto il professor Tancredi, è stato impossibile eseguire la rachicentesi; infatti, i medici infettivologi per gli adulti non sono abituati a praticare questa tecnica che qualunque pediatra ospedaliero con un minimo di esperienza esegue ripetutamente nell'arco della sua attività professionale.

Signor ministro, occorre dunque intervenire in maniera massiccia su una situazione impropria e assolutamente inopportuna. Non è possibile continuare a ricoverare bambini affetti da malattie infettive in strutture non adeguate all'interno dei reparti di infettivologia per adulti. Non c'è una reale conoscenza delle epidemiologia infettivologica, in Italia.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Il primario non può essere un pediatra...

ANTONIO ROTONDO. Se si tratta di un reparto di infettivologia per adulti, il primario non può essere un pediatra. Infatti, il professor Tancredi nella sua

storia clinica e personale è riuscito ad aprire con una forzatura un reparto di infettivologia pediatrica, ma non ha potuto mantenerlo perché non era un infettivologo per adulti. È poi essenziale conoscere la reale epidemiologia dell'infettivologia in Italia, per comprendere ed intervenire adeguatamente. Occorre, dunque, una struttura adeguata per poter affrontare la questione in maniera pronta e puntuale, che attualmente è carente. Infatti, ci si è dovuti inventare il cosiddetto pediatria-sentinella, ovvero una rete di pediatri presenti nel territorio in maniera assolutamente volontaristica per informare le strutture centralizzate delle entità dei processi morbosi presenti, giorno dopo giorno, nel nostro paese.

Quindi, occorre un maggiore impegno economico per le strutture ospedaliere pubbliche e su questo vorrei da lei una parola chiara e forte, che venga esplicitata in maniera il più possibile pubblica. Lei ha fatto un richiamo all'articolo 20, ma viviamo sulla nostra pelle — alcuni di noi hanno un'esperienza diretta nel settore — le carenze strutturali della sanità italiana. Signor ministro, negli ultimi decenni in Italia il tasso di mortalità infantile e perinatale è sceso in maniera significativa, ma è inaccettabile che ci siano differenze e diverse aspettative di vita fra bambini che nascono in Lombardia e in Sicilia: in Lombardia il tasso di mortalità è del 3,7 per mille e in Sicilia del 7 per mille.

In un paese civile e moderno come il nostro tutto ciò è inaccettabile e, quindi, l'obiettivo fondamentale della programmazione sanitaria deve essere innanzitutto quello di ridurre le disparità esistenti nella sanità italiana. Signor ministro, siccome proprio in questi giorni si sta discutendo di *devolution*, vorremmo sentire da lei anche una parola forte su questo problema. Per quanto riguarda lo sciopero dei medici ospedalieri di qualche giorno fa, lei ha detto di essere *grosso modo* d'accordo con le loro ragioni.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Con alcune delle loro ragioni!

ANTONIO ROTONDO. Per la prima volta in Italia 42 sigle sindacali, cioè tutte le associazioni dei medici ospedalieri, si sono trovate unite nel manifestare un profondo disagio per la realtà sanitaria in cui vivono e, siccome uno dei punti più importanti è la questione della *devolution* lei dovrebbe essere molto esplicito su questa vicenda ed esprimere chiaramente la sua opinione sul disegno di legge che ha approvato il Consiglio dei ministri, dato che su questo si giocano le sorti della sanità italiana.

Mi chiedo come sia possibile evitare la balcanizzazione della sanità in 21 strutture o regimi sanitari differenti se le competenze dovessero passare totalmente nelle mani delle regioni, con tutte le relative discrepanze, come, ad esempio, il problema delle vaccinazioni. Non è possibile che regioni importantissime, quali il Lazio e la Campania, non riescano a realizzare una politica sanitaria adeguata — ad esempio, per quanto riguarda le vaccinazioni contro il morbillo — ed indispensabile, mentre in regioni e in città importanti ancora si muore a causa di questa malattia. Allora, occorre evitare la divisione e l'ulteriore frammentazione che potrà avvenire a seguito dell'approvazione della norma che stiamo discutendo in Senato?

Signor ministro, aspettiamo fiduciosi risposte ed interventi più opportuni.

AUGUSTO ROLLANDIN. Anch'io mi unisco ai ringraziamenti per la disponibilità del ministro. Non voglio ripetere concetti già espressi che, per quanto riguarda l'organizzazione di base, condivido, cioè il fatto che ci siano delle situazioni da correggere e dei miglioramenti da apportare nell'ambito dell'organizzazione locale e generale. Vorrei, invece, soffermarmi sull'importante aspetto delle competenze statali e regionali. Siccome provengo da una regione ad autonomia speciale, non sono solo fermamente convinto che bisogna avere più fiducia nelle regioni, ma credo anche che la regionalizzazione della sanità non sia assolutamente in contrasto con gli interessi generali.

Pensare che si riescano ad ottenere risultati solo con una visione generalizzata e svolta a livello centrale è un falso problema. Alcune regioni non funzionano ed esistono delle situazioni patologiche, ma se affrontiamo i problemi della sanità non legati all'infanzia ma all'età evolutiva, all'età avanzata e agli anziani le difficoltà rimangono. Allora, non credo che il ruolo dell'osservatorio sia da sottovalutare perché costituisce l'elemento di base per far sì che a livello centrale ci sia la possibilità e l'obbligo di intervenire per correggere le situazioni al limite. Tuttavia, ritengo che questo non significhi evitare di attribuire le competenze alle regioni, come oggi si vuole fare.

Ormai, esistono esempi di buona amministrazione sanitaria che, per fortuna, vanno al di là del colore politico e delle regioni, come purtroppo ci sono, al nord come al sud, esempi di malasanià e di non funzionamento delle strutture. È evidente che se analizzassimo alcune percentuali sul tasso di mortalità infantile nelle regioni limite, saremmo spinti a riportare tutto a livello nazionale, ma ormai è chiaro che quella non è né la medicina né la strada.

Credo che, invece, occorra una responsabilizzazione, come si può e si deve fare a livello di conti, il che non significa ridurre tutti i fondi. Credo sia corretto considerare che, laddove vi sono situazioni gestite a livello centrale — i parametri stipendiali, i possibili incentivi (che ove fossero differenziati, a mio avviso darebbero anche esiti positivi) —, gli effetti delle scelte centrali ricadono sulle regioni, con distorsioni operative molto alte. Il mio richiamo è nel senso di utilizzare la possibilità di un osservatorio, in coordinamento stretto e con la partecipazione delle regioni.

Anche in altri settori abbiamo avvertito l'esigenza di disporre di osservatori che funzionino e sottolineo l'aspetto del funzionamento, cioè che, in tempi non troppo lunghi, offrano la possibilità di disporre di dati utilizzabili. Il rischio di molti osservatori è infatti che, quando arrivano i dati, sono già talmente vecchi o inutilizzabili da

non essere efficaci per una programmazione reale e, soprattutto, per correggere le distorsioni che tutti evidenziamo.

Il mio invito è che su tale tema vi sia un confronto aperto con le regioni, affinché, corresponsabilmente, scaturisca la volontà di intervenire nelle regioni inadempienti. Si tratta di un elemento fondamentale di un federalismo attivo (che deve essere accettato, a tutti i livelli).

Ritengo anch'io che laddove vi siano carenze nell'ambito dei ricoveri sia necessario intervenire. Non bisogna rifugiarsi nell'autonomia regionale. È un atteggiamento che trovo negativo anche nei confronti delle altre regioni, che si troverebbero in una situazione di imbarazzo. Pertanto, ben venga l'osservatorio.

Si è accennato poi alla possibilità di una graduazione - se non ho capito male - in funzione ed in conseguenza dell'attivazione di tale osservatorio dinamico. Ben vengano anche tali possibilità operative, a condizione - a mio avviso - che tali passi siano compiuti in stretto contatto (ed in condivisione di obiettivi) con le regioni. Ciò lo ritengo utile perché credo che abbatta la barriera tra chi è federalista e chi no. Ritengo che tutti condividiamo l'esigenza di migliorare una serie di interventi che riguardano l'infanzia.

I colleghi sono competenti nella specifica materia, quindi sanno quali sono le esigenze specifiche. Credo pertanto che siano state fatte notazioni precise e puntuali e le ho molto apprezzate.

Mi unisco, pertanto, alla riflessione che, coralmente, dovremo compiere per trarne motivo di incentivazione e di miglioramento di quella collaborazione che - a mio avviso - ancora sembra essere l'anello mancante della catena.

PRESIDENTE. Do ora la parola al ministro Sirchia per le repliche.

GIROLAMO SIRCHIA, Ministro della salute. Gli interventi sono stati molto interessanti. Comincio a rispondere iniziando dalle ultime domande.

Il percorso che abbiamo iniziato a compiere, già da un anno, dopo aver avuto

con le Regioni molte difficoltà iniziali, è stato quello di costruire insieme alcuni Accordi. Crediamo, infatti, che la cultura e la ragionevolezza abbiano un fascino ed una forza di convinzione maggiori della legge e, ancor più, delle polemiche e delle contrapposizioni.

Ai sindacati medici ho proposto di non rimanere fuori dai tavoli di discussione, ma di parteciparvi e tentare, pur nello stato di malessere che stanno vivendo, di trovare insieme una via di uscita. La protesta sterile non serve, infatti, a nulla.

Stiamo lavorando sugli accordi: abbiamo sviluppato il Piano sanitario nazionale e definito gli obiettivi prioritari; abbiamo vincolato le risorse specifiche del Piano a tali obiettivi; il CIP lo ha approvato; oggi apriamo i tavoli tecnici con le Regioni, per percorrere una strada comune.

Lo ripeto, credo si tratti dell'unica strada percorribile, perché l'evoluzione in senso federalista è, ormai, una volontà del popolo italiano. Possiamo essere d'accordo o meno, ma si tratta della strada indicata e scelta per il nostro paese da un referendum popolare. Non credo sia immaginabile tornare indietro. Bisogna, pertanto, sfruttarne la parte buona trovando gli accordi necessari a evitare spinose contrapposizioni o fughe in avanti, individualismi eccessivi e carenze di strutture e di capacità (l'Italia è molto diversa da regione a regione). Dobbiamo aiutare il federalismo in cammino a divenire migliore.

Lo dico in tutta serenità, per rispondere ad una preoccupazione che è anche la nostra. A noi non fa piacere che la Campania soffra determinati problemi. Non è con i dispetti, con le contrapposizioni o con le polemiche che possiamo risolverli, ma cercando di aiutare tale regione (che presenta alcune tipicità) a crescere. È con questo spirito di grande apertura che sono andato incontro alla regione Campania (apertura, peraltro, brutalmente criticata da molti). Noi cerchiamo di servire l'utenza al meglio.

La mia idea è di arrivare (domani, come dicevo in precedenza, iniziamo tale

percorso) ad accordi con le Regioni in cui si condivide un cammino di costruzione.

L'Osservatorio, a mio avviso, non può essere più di un osservatorio, appunto. Se pensiamo a sovrastrutture che impegnino le Regioni, quando, poi, la Costituzione detta norme in senso opposto, ingeneriamo scontri, con conseguenti ricorsi alla Corte costituzionale, senza costruire nulla di positivo.

Se si ragiona insieme, invece, sono fiducioso che si possa arrivare in porto. Anche per gli Istituti di ricovero e cura è stato compiuto un percorso simile. Si è partiti dalla contrapposizione per arrivare, infine, a condividere alcune linee. Non vedo perché non si possa fare lo stesso per l'Osservatorio.

Rispondendo, più in dettaglio, al senatore Rotondo, sono convinto che egli abbia toccato alcuni punti vitali.

Sicuramente, in pediatria si fa un ricorso eccessivo all'ospedale. Uno degli obiettivi che abbiamo ritenuto prioritario è proprio la costituzione della *primary health clinic* sul territorio, ossia la riorganizzazione della medicina di base in medicina di gruppo. Un modello che prevede che medici generalisti, pediatri, specialisti e guardia medica si organizzino, quando è possibile, in un'unica sede per creare una continuità assistenziale e fornire ai cittadini (in questo caso, ai genitori), la possibilità di avere sempre a disposizione un referente cui rivolgersi, in caso di bisogno.

Con gli studi medici così come sono attualmente strutturati, succede che, se il bambino ha qualche problema di salute, terminato l'orario di ricevimento dello studio stesso, i genitori non sanno più a chi rivolgersi e si recano al pronto soccorso. Il pronto soccorso, però, pur essendo un centro che risponde, si rivela molto spesso una scelta inappropriata perché non giustificata da un reale stato di urgenza. I genitori, però, non possono essere criticati per questo: se non trovano un medico disponibile (che, magari, risolverebbe il problema, tranquillizzandoli), è ovvio che corrano al pronto soccorso più vicino.

Riguardo la necessità di adottare atti legislativi ritengo, e lo ripeto ancora, che se si varano leggi che invadono la competenza regionale in materia si determina solo l'effetto di attivare altri ricorsi (sono già oltre 500) alla Corte costituzionale. Sono invece convinto che utilizzando adeguatamente i fondi esistenti, laddove sussistono in quanto previsti (per il Meridione in particolare), otterremo risultati migliorativi. Potrebbe rappresentare una strada percorribile quella di inserire, negli accordi di programma, determinate misure — in proposito ci siamo premurati di includere anche radioterapie o strumenti comunque inesistenti in certe zone —, e comprendervi, ad esempio, i pronto soccorsi pediatrici, sempreché le risorse finanziarie siano date. Le possibilità di intervenire in questa direzione nel Meridione sono numerose.

Ancora, utilizzando i predetti fondi unitamente alle risorse previste per l'innovazione tecnologica e agendo di concorso con le Regioni sarebbe possibile rispondere al bisogno di reti informatiche. Tuttavia, come lei mi insegna, le reti informatiche sono delle strutture passive che necessitano di adeguate e costanti procedure di immissioni dati, in assenza delle quali risulterebbero prive di utilità. Ciò che manca in Italia è la cultura stessa della registrazione di informazioni, e anche in tal senso appare necessario un intervento continuo di tipo informativo e educativo, usando anche i programmi ECM (educazione continua in medicina) per addivenire a tali obiettivi. È fondamentale non solo investire ma anche educare all'uso di queste strutture, cosa che purtroppo risulta ancora carente. So benissimo che con tali parole non vi fornisco esattamente la risposta sperata: si chiede un provvedimento legislativo, ritenendolo più utile. Francamente, però, non ritengo possibile adottare, oggi, un atto legislativo contro le Regioni, prescindendo dall'attuale assetto delle competenze. Mi auguro in ogni caso che l'educazione alla crescita culturale migliori anziché peggiorare nel corso del tempo.

ANTONIO ROTONDO. Già oggi il nostro federalismo è uno dei più spinti del mondo, signor ministro. Andare ancora oltre, proseguendo con l'idea che ci condurrà al federalismo fiscale — non sono io a dirlo, che in questa materia non risulti particolarmente competente, ma degli esperti economisti — significa addentrarsi in una situazione in cui si accentuerà notevolmente il divario già esistente nel territorio, per quanto riguarda la possibilità di fornire risposte efficienti non solo per la sanità ma anche per altri settori. Questo è quello che ci viene detto dagli esperti.

Probabilmente, è stata diffusa un'accezione erronea del termine « federale »: il federalismo, infatti, sottende un principio di fondo, che è quello dell'unità e non già della divisione. Noi lo leggiamo soltanto nell'ottica della differenziazione, quando, invece, alla base della scelta federalista è appunto l'intento di unire e appianare le differenze esistenti, nel rispetto delle particolarità delle singole realtà. L'esperienza che ci deriva dagli Stati Uniti o dalla Germania è diretta in tal senso.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Non entro nel merito del federalismo fiscale che, peraltro, è allo stato attuale del tutto teorico. Forse lei avrà ragione, ma sarà il tempo a dirlo. Attualmente, non siamo in grado di preconizzare quello che avverrà.

Infine, ci sono alcuni punti tecnici importanti su cui cercherò di fornire delle risposte. A proposito dell'Osservatorio, sicuramente sarà possibile realizzarlo. Certamente, esiste un problema di salute pubblica, quello delle malattie infettive che rientrano nei LEA (Livelli essenziali di assistenza sanitaria). Però, lei sa benissimo che mentre possiamo stabilire per i LEA gli obiettivi non siamo in condizione di fare la stesso circa l'individuazione delle modalità di perseguimento di un dato fine. Tutta l'organizzazione necessaria per raggiungere l'obiettivo rientra nell'ambito di una competenza di carattere regionale su cui non possiamo incidere. Ancora una volta, ripeto quanto ho precedentemente

sottolineato. Ritengo che solo concordando gli interventi, nell'ambito di una trattativa tecnica tesa a definire una via comune da percorrere, sarà possibile raggiungere gli obiettivi stabiliti. Diversamente, dovremmo affrontare la contestazione regionale come si è verificato anche per il problema del riordino dei dipartimenti e dell'etica ospedaliera, materie di esclusiva competenza regionale. Un provvedimento che si muovesse in senso contrastante con l'attuale assetto delle competenze sarebbe soggetto certamente ad una bocciatura da parte delle Regioni.

Per quanto riguarda l'Osservatorio, di fatto esso consentirebbe un coordinamento senza che questo sia imposto centralmente. Rappresenterebbe un modo di raccordarsi per raggiungere determinate finalità e probabilmente ci consentirebbe di ottenere dei risultati apprezzabili.

Diverso, invece, è il problema delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate perché in questo caso la materia è passibile di disciplina statale. Accogliamo, pertanto, le esigenze che sono state sollevate. L'area pediatrica è sacrificata, non vi è dubbio, perché essa non riesce ad avere una propria specificità rispetto al sistema complessivo. Ritengo quindi che il suggerimento di realizzare un piano nazionale pediatrico, in cui si mettano a fuoco obiettivi condivisi con le Regioni utilizzando le risorse di cui possiamo disporre — con particolare riferimento al noto articolo 20 più volte citato nonché all'articolo 71 sulle aree metropolitane ed eventualmente ricorrendo anche ai fondi di ricerca — sia accoglibile. Questo è lo spazio in cui ci muoviamo. Meno difficile, mi sembra, poi la realizzazione di centri di malattie infettive di alto profilo pediatrico, magari collocati sempre all'interno delle stesse strutture (Spallanzani, Sacco ed altri). La ritengo una via più agevole, anche se qualsiasi scelta andrà sempre sottoposta a verifica con le Regioni, anche alla luce delle risorse disponibili.

Quanto all'organizzazione delle vaccinazioni, seguendo il suo discorso, se non ho capito male, si avrebbero due possibilità: o i centri vaccinali delle ASL o i

medici pediatri. Sono francamente molto più propenso a ritenere, però, che i centri vaccinali debbano occuparsi delle vaccinazioni e i pediatri dell'informazione e dell'educazione dei genitori. Altrimenti, il dualismo che verrebbe ingenerato in molte zone in cui si fa anche la pratica vaccinale finirebbe per causare una grande dispersione nella raccolta dei dati e quindi una difficoltà sempre maggiore nel trasmetterli. Molto spesso, infatti, il pediatra non è attento nella registrazione e immissione delle informazioni raccolte. Se ci fosse un centro di vaccinazione per distretto, si potrebbero conseguire risultati migliori, anche dal punto di vista dell'accuratezza della raccolta. Considero il pediatra, come anche il medico di medicina generale, un grande educatore per la prevenzione, deputato a spiegare quali siano gli stili di vita giusti, le misure precauzionali, come prevenire gli incidenti nel bambino. Questo, secondo me, è compito del pediatra. E certamente si può ben premiare tale attività nell'ambito dell'ECM: ed è quello che stiamo cercando di fare e che stiamo facendo nei fatti.

Per quanto riguarda la partecipazione ai programmi internazionali per i paesi in via di sviluppo, si tratta di un problema che, fino adesso, non abbiamo affrontato. Sostanzialmente, bisogna migliorare l'organizzazione facendo un Piano nazionale pediatrico sintetico su alcuni punti, dividendolo con le Regioni, che preveda alcune priorità: funzioni del pediatra di libera scelta nel territorio e del pediatra ospedaliero, riqualificazione della rete con meno aspecificità e più reparti qualificati, tra cui quelli di malattie infettive, Osservatorio che raccolga i dati e che rimedi, per quanto possibile, alle distorsioni, uso dei fondi dell'ex articolo 20 e, per quanto possibile, del Piano sanitario e della ricerca per incentivare questo movimento.

A mio avviso, questa è la strada praticabile e, comunque, credo possa essere un buon inizio. Per quanto riguarda l'indennizzo, penso che si possa studiare come ricorrere alla legge n. 210 del 1992, con un provvedimento sull'indennizzo per i danni da emoderivati.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Lei diceva che preferirebbe distinguere il lavoro quotidiano del pediatra dai centri vaccinali, ministro; ma allora potrebbe ripensare al ruolo dei pediatri nei centri vaccinali, perché ci sia la presenza di professionisti, medici e paramedici, che abbiano esperienza nell'età evolutiva. Inoltre, rispetto alla sua pragmatica presa d'atto della vicenda del regionalismo italiano, l'osservatorio è un luogo nel quale, sia pure a seguito di intese raggiunte in un lavoro tecnico tra Stato e regione, immagina di coinvolgere le organizzazioni accademiche, scientifiche e sindacali che raccolgono le esperienze degli specialisti in età evolutiva? Spero che immagini un osservatorio integrato, aperto alla ricchezza e anche, ad esempio, alla Società italiana di pediatria e alla Federazione italiana medici pediatri.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Più che altro come una commissione scientifica, perché l'Osservatorio è un punto dove si devono raccogliere i dati: quindi, un comitato scientifico di indirizzo andrebbe benissimo.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Ritorno sulla questione posta dal senatore Rotondo a proposito delle malattie infettive dell'età pediatrica. Signor ministro, volevo invitarla a riflettere su una questione. Oggi in Italia se un bambino è affetto o diagnosticato o sospettato di una malattia che necessita di un ricovero infettivologico, viene portato in un reparto per malattie infettive. Oggi in Italia neanche io posso essere primario di un reparto di malattie infettive. Allora, signor ministro, ho la presunzione di dire che un pediatra fa la diagnosi differenziata, per esempio, fra SARS e bronchiolite.

Signor ministro, so che lei è venuto in Campania per alcuni problemi relativi alle malattie rare e quindi sa bene che tali malattie, o quelle metaboliche, si specializzano nel tempo. Forse, in questo caso sarebbe necessaria una iniziativa di legge e, quindi, sollecitiamo il Governo a valutare la questione del primariato. Infatti, se

un pediatra nel momento della sua massima produzione scientifica e specializzazione diventa un infettivologo di rilievo internazionale — come da alcuni dati che lo stesso professor Guarino, nostro consulente e presidente della società italiana di infettivologia pediatrica, ci ha mostrato, presentandoci una ricca documentazione e una bibliografia italiana ed europea —, non si capisce perché dopo 25 o 30 anni di lavoro sulle malattie infettive, per le ragioni esposte dal senatore Rotondo, il primario non possa essere il pediatra ma debba essere l'infettivologo.

Signor ministro, il nostro lavoro è scaturito da un'idea di alcuni di noi più vicini ai problemi dell'età pediatrica — che è stata accolta dalla presidenza di questa Commissione ed è stata portata avanti con passione — ma, consegnata la relazione, è finito. Quindi, apprezzeremmo molto se lei potesse immaginare una collaborazione — lei non ha alcun obbligo, tranne quelli che ci competono per i diversi ruoli istituzionali — ed ottenere, per i temi che riguardano l'età evolutiva e in generale i problemi della salute, da questa Commissione

bicamerale un'opinione, un'integrazione o un suggerimento. Intanto, verificheremo tutto ciò già nelle prossime settimane sui temi sui quali si è aperto ad una qualche collaborazione.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Ovviamente, sarò ben felice di scambiare idee e trovare insieme un percorso perché siete più esperti di me nella materia e, quindi, potete darmi molti *input*.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro della salute e i colleghi per essere intervenuti. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 20,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 12 marzo 2004.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 0,30

Stampato su carta riciclata ecologica



14STC0011030