

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

10.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 MARZO 2004

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

10.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 MARZO 2004

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i>	3
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA COPER- TURA VACCINALE IN ETÀ PEDIATRICA E SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIE IN- FETTIVE	
Seguito dell'esame dello schema di documento con- clusivo:	
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i>	3, 6, 7
De Franciscis Alessandro (Misto-UDEUR- AP)	3, 6, 7
Montagnino Antonio (Mar-DL-U)	6, 7
Soliani Albertina (Mar-DL-U)	6

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MARIA BURANI PROCACCINI

La seduta comincia alle 14,15.

(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).

Seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla copertura vaccinale in età pediatrica e sulla ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive.

Avverto che i Presidenti delle Camere, d'intesa tra loro, hanno autorizzato una proroga del termine dell'indagine conoscitiva. Siamo peraltro giunti al momento conclusivo della nostra indagine; so che si è lavorato molto sullo schema di documento che l'onorevole De Franciscis gentilmente illustrerà ai colleghi nei dettagli. Gli do pertanto la parola.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Credo sia importante mettere agli atti di questa nostra Commissione che siamo sostanzialmente pronti a chiudere il lavoro della indagine conoscitiva.

Abbiamo stilato uno schema di documento conclusivo che raccoglie in sostanza il lavoro di tre diverse fonti. Le prime due

sono costituite dalle consulenze di cui la Commissione si è avvalsa nel corso di questi mesi: quella del professor Guarino, presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica, e quella del professor Giammanco, docente presso l'istituto di igiene dell'università di Catania. I nostri consulenti hanno svolto un ruolo attivo rileggendo le indicazioni ricevute sia dagli interlocutori di questa nostra indagine conoscitiva di natura non politica, prevalentemente professionisti che lavorano sull'età evolutiva, sia dagli interventi di natura politica, ossia dalle opinioni espresse dai parlamentari e dal rappresentante del Governo, il ministro Sirchia, intervenuto alla nostra ultima audizione. La terza fonte è rappresentata dai suggerimenti provenienti dalle audizioni, una lettura quindi più politica, fatta dai vari membri della Commissione.

Questo schema, a disposizione dei colleghi che vorranno fornire ulteriori contributi, si apre alle ipotesi che, lungo tutta l'indagine conoscitiva, avevamo immaginato con la presidente. La Commissione intende presentare anche proposte di natura teorica e pratica. Si tratta in sostanza di alcuni punti rappresentati in parte da iniziative di natura legislativa aperte, altre lasciate alla libera iniziativa del Governo, altre ancora a quella più direttamente parlamentare. Altre, infine, possono essere immaginate sotto forma di mozioni, che possiamo presentare come Commissione, al fine di raccomandare al Governo azioni da portare a compimento.

Senza illustrarli nel dettaglio, vi elenco i punti rilevanti emersi nel corso dei nostri lavori.

La prima raccomandazione riguarda la definizione di un calendario nazionale delle vaccinazioni condiviso da tutte le regioni e dalle provincie a statuto speciale. Essa tiene conto anche delle opinioni del ministro Sirchia, che ha convenuto con la

nostra Commissione sulla necessità di compiere ogni sforzo per armonizzare i diversi calendari di vaccinazione delle singole regioni. Per la verità il ministro preferirebbe la strada — a suo avviso più fruttuosa — della valorizzazione del tavolo tecnico della Conferenza Stato-regioni, e per questa ragione, nella mia proposta di raccomandazione, faccio un generico riferimento alla definizione di un calendario, senza però specificarne i tempi. Ritengo inutile che, ad esempio, in Campania via sia un meccanismo diverso da quello delle regioni confinanti Puglia e Lazio.

La seconda raccomandazione riguarda le iniziative legislative che dovrebbero assumere il Parlamento e l'Esecutivo. Dai nostri lavori è emersa la convinzione che l'abolizione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni non desterebbe alcuno scandalo, così come avviene in altri paesi. Sottolineo che si sta parlando solo dell'obbligo « burocratico » perché resta chiaramente diffusa tra i soggetti ascoltati la convinzione dell'utilità di tali vaccinazioni (anche su questo passaggio registriamo la disponibilità del ministro Sirchia). Più che raccomandare tali vaccinazioni, la tendenza dovrebbe essere quella di consigliarne la pratica, come emerso sin dalle prime audizioni. Si dovrebbe evidenziare — a mio avviso — che sia i suggerimenti della comunità medico-scientifica, sia i benefici che se ne ricavano, portano a consigliare tali vaccinazioni. Al contempo, però, vanno studiate forme di incentivazione nei confronti del personale sanitario affinché questo intensifichi le coperture vaccinali.

Il ministro Sirchia, come risulta dagli atti, si è dichiarato abbastanza favorevole (considerando le scarse disponibilità economiche) ad immaginare forme di incentivazione anche attraverso i crediti formativi per l'educazione continua in medicina dei sanitari, ormai obbligatoria da anni. In pratica si tratta di forme di incentivazione senza costi per lo Stato e le regioni, che potrebbero risultare interessanti per i professionisti interessati.

La terza ipotesi di raccomandazione, emersa dai nostri lavori, riguarda la razionalizzazione della rete di offerta delle

vaccinazioni e della registrazione delle vaccinazioni effettuate, nonché degli eventuali effetti indesiderati. Ritengo utile, signor presidente, intraprendere delle iniziative su questo argomento, siano esse in forma di mozione unanimemente condivisa o provenienti da fonte amministrativa. È emerso, altresì, un dato costante lamentato dai professionisti e dalle famiglie, quello cioè della mancata registrazione delle vaccinazioni raccomandate, non di quelle obbligatorie (che di norma lo sono). In effetti si ignora quanti bambini abbiano effettuato tale pratica di prevenzione, ad esempio contro il morbillo (stiamo parlando di vaccinazioni raccomandate che però servano a prevenire malattie come il morbillo, di cui tanto si è parlato in questa indagine), né si conosce, nei soggetti vaccinati, quali effetti tali vaccini abbiano determinato. Infine non sappiamo quanti bambini siano veramente affetti da malattie infettive.

Per questo abbiamo ritenuto opportuno intervenire contro quella che definirei un'indolente avversione del sistema nel suo complesso a prendere nota degli eventi epidemiologici. Probabilmente, come emerge dalle testimonianze raccolte nella nostra indagine, questo avviene perché è parte del patrimonio culturale comune del personale sanitario e anche amministrativo ritenere che queste notizie non servano a nulla. Dovremmo allora ipotizzare un meccanismo per razionalizzare questo settore, magari ricorrendo ad un osservatorio che agisca a livello regionale.

I fatti di cronaca quali la SARS e le epidemie di notevole gravità come l'AIDS, pongono l'attenzione sulle malattie infettive. Il ministro Sirchia si è detto favorevole quantomeno alla creazione di un osservatorio a tal riguardo, mentre ha manifestato contrarietà alla creazione di un'entità sovregionale a sé stante. Non so che destino avrà il decreto-legge in materia, n. 10 del gennaio 2004 a cui il Senato, in sede di conversione, ha apportato notevoli modifiche rendendolo ancora più oneroso. Tale provvedimento, avente ad oggetto tra l'altro gli interventi urgenti per le emergenze sanitarie, all'articolo 1

prevede misure a mio avviso interessanti se si pensa al lavoro da noi svolto nel corso di questa indagine. Il Governo istituisce infatti, presso il Ministero della salute, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo.

Tale ipotesi rappresenta un'idea, ma è necessario uno strumento aggiuntivo che agisca preferibilmente a livello di Ministero della salute, magari supportando l'Istituto superiore di sanità. Se però, nelle more della decisione, intervenissimo con una nostra proposta, magari condivisa dal Governo, avremmo di certo ottenuto un ottimo risultato, dando piena dignità al problema delle malattie infettive in età pediatrica e dello sviluppo. Dobbiamo intervenire in un frangente in cui Governo e Parlamento stanno mediando sull'ipotesi di intervento in una situazione che preoccupa tutti noi: mi riferisco alla totale devoluzione di queste competenze alle regioni e alle province autonome.

La mia quinta raccomandazione riguarda, in sostanza, l'iniziativa legislativa e o amministrativa tesa ad implementare il ricovero dei bambini in reparti pediatrici. I dati raccolti durante questa indagine conoscitiva evidenziano come il 40 per cento dei bambini ricoverati trascorrono la loro degenza in ospedale in aree improprie, ossia per adulti. Dovremmo lavorare con l'obiettivo di spingere le regioni ad attivarsi in tal senso.

La sesta raccomandazione, verso la quale il ministro Sirchia ha manifestato una certa apertura, riguarda l'individuazione di alcuni centri di eccellenza (almeno tre o quattro). È quasi impossibile sperare che in Italia vi sia per ogni capoluogo di provincia un buon reparto di isolamento pediatrico; è però praticabile l'ipotesi di istituire alcuni centri (uno per ognuna delle regioni insulari e due o tre nelle restanti aree dell'Italia continentale) competenti sia delle attività cliniche, sia del coordinamento delle attività di prevenzione delle malattie infettive. Segnalo alla Commissione che il ministro, nel rispon-

derci su questo punto, ha evidenziato che potrebbe essere il momento giusto per intervenire, essendo in discussione un migliore utilizzo dei fondi vincolati destinati all'edilizia ospedaliera. Personalmente ho percepito che si intende destinare parte di questi fondi ai problemi dell'infettivologia pediatrica.

La settima raccomandazione riguarda una tematica sollevata per primo dal direttore dell'agenzia regionale sanitaria della Campania, il dottor Franco Tancredi, fino a poco tempo fa presidente della Società italiana di pediatria. Il nostro obiettivo è che i bambini siano seguiti da personale esperto nel settore pediatrico. In tale prospettiva il dottor Tancredi ci ha ricordato che non può essere conferito l'incarico di primario di un reparto di infettivologia ad un pediatra, cioè ad un professionista dell'età evolutiva. Questo, malgrado tale professionista, anche se non è un infettivologo per formazione, abbia conseguito negli anni un curriculum formativo ed un'esperienza scientifica nel settore delle malattie infettive dei bambini.

Ci hanno spiegato, nel corso dell'indagine, che la situazione non è ben definita. L'isolamento dei bambini affetti da malattie infettive negli ospedali italiani è legato al fatto che il primariato va conferito all'infettivologo, non al pediatra.

Potremmo chiedere — su tale punto vi è un'apertura del Ministro della salute — che ai concorsi di primariato (che oggi hanno un altro nome) per unità operative di infettivologia pediatrica sia consentito partecipare anche ai pediatri. Altrimenti, potremmo chiedere ai primari pediatri ed ai reparti di pediatria l'isolamento infettivologico. È comunque importante che si realizzi l'auspicio del Parlamento che il bambino affetto da malattie infettive sia seguito da chi è competente dell'età evolutiva.

L'ottavo punto riguarda un tema evidenziato chiaramente nel corso del nostro lavoro: in tutti gli incontri — anche con le associazioni di genitori di bambini danneggiati da vaccino — è stata chiesta l'individuazione di un rapporto costante, l'hanno chiesta le società scientifiche e i

pediatri di famiglia (la FIMP). Non so se sia possibile progettare tale possibilità solo come Parlamento o la si possa immaginare con il Governo, ma potrebbe trattarsi di una collaborazione permanente o di un tavolo permanente.

Lei stessa, presidente, propose, nel corso della seconda o terza audizione di quest'indagine conoscitiva, l'istituzione di un tavolo che si riunisca una volta l'anno per fare il punto della situazione sulle malattie infettive nei bambini.

Il nono punto riguarda una richiesta specifica che proviene dalle associazioni dei familiari di bambini vittime degli effetti indesiderati delle vaccinazioni, i quali hanno difficoltà a vedere riconosciute forme di indennizzo, perché ricompresi, allo stato, in un'unica grande categoria, quella delle vittime degli effetti indesiderati da emoderivato (ossia dalle trasfusioni).

L'ho già constatato in Commissione bilancio dove la proposta di legge sul riconoscimento degli indennizzi si è arenata già due volte, in tre anni, perché si incontrano difficoltà a capire quale sia l'entità dei risarcimenti da riconoscere, eccetera. Mi pare che la necessità di risolvere tale problema sia condivisa dai colleghi di maggioranza e di opposizione.

Quanto all'ultima raccomandazione, ricordo che all'audizione del Comitato italiano per l'UNICEF, hanno partecipato anche rappresentanti del GAVI, ossia del fondo internazionale *Vaccine fund* - di natura pubblico-privata - che è il « salvadanaio » nel quale i paesi ricchi versano fondi affinché i paesi poveri possano implementare le loro campagne di vaccinazione. Da questa Commissione deve giungere uno stimolo al Parlamento ed al Governo affinché nella prossima legge finanziaria vi sia un primo contributo dell'Italia a detto fondo, sia pure con una cifra simbolica (per esempio, un miliardo di vecchie lire), posto che altri paesi occidentali (soprattutto, i nordici) devolvono a tale fondo cifre molto elevate.

Naturalmente i colleghi potranno integrare le considerazioni fin qui svolte.

PRESIDENTE. Il presente schema è, a mio avviso, già buono. Parlando di iniziativa legislativa, ci si potrebbe riferire ad un unico progetto di legge, comune ai punti a), b), c) e d) del documento che, sempre a mio avviso, si integrano perfettamente l'uno con l'altro.

ANTONIO MONTAGNINO. Vorrei capire meglio la praticabilità dell'equiparazione delle specializzazioni in infettivologia e pediatria.

PRESIDENTE. Ovviamente, infettivologia infantile.

ANTONIO MONTAGNINO. Certamente. Un pediatra, per il corso di laurea seguito e per la sua professionalità, è certamente in condizione, senza necessità della specializzazione, di operare nel campo dell'infettivologia? Vorrei evitare che potessimo compiere uno « scivolone » in ordine a tale richiesta. Vorrei avere una conferma in merito.

ALBERTINA SOLIANI. Prendo atto con piacere di questo schema di documento che credo possa rappresentare un contributo conclusivo in materia. Mi sembra particolarmente utile la suddivisione di tale schema in tipi di interventi da effettuarsi: sul piano legislativo, su quello del rapporto Parlamento-Governo e con le regioni (su tale punto sarebbe opportuna una verifica).

PRESIDENTE. Possiamo chiedere informazioni in merito al responsabile sanitario del progetto, il dottor Palumbo.

ANTONIO MONTAGNINO. Ribadendo il concetto già espresso, vorrei sapere: il pediatra deve essere anche cardiologo o il cardiologo deve essere anche pediatra?

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Credo che il senatore Montagnino stia ponendo un giusto quesito. Vorrei chiarire: la richiesta che ci è stata rivolta è consentire a chi - anche se non titolare di diploma di specializzazione in malattie infettive

(diploma, allo stato attuale, necessario per divenire primario in un reparto di malattie infettive), purché possa documentare la propria alta specializzazione infettivologia pediatrica - di divenire (come avviene in altri paesi) il *chief*, il responsabile di una divisione nella quale i bambini sono ricoverati perché affetti da malattie infettive.

Sarà necessario studiare una soluzione. Non so se l'ufficio legislativo del Ministero della salute potrebbe sia in grado di darci un parere preventivo.

PRESIDENTE. Si può formulare un quesito al Ministero.

ANTONIO MONTAGNINO. Vorrei capire se tale riconoscimento rappresenti un apprezzamento per il lavoro compiuto. Nel caso in cui, per esempio, si tratta di un aiuto che ha operato in pediatria e nel campo delle malattie infettive ed a cui manca solo la specializzazione, l'esperienza maturata nella divisione, per un determinato numero di anni, potrebbe consentirgli di divenire primario. È necessario, comunque, che egli abbia maturato una significativa esperienza.

Anch'io ritengo opportuno formulare un quesito al Ministero.

PRESIDENTE. Indubbiamente, richiedere lumi al Ministero della salute è la strada migliore da seguire.

ANTONIO MONTAGNINO. Se vi è una risoluzione in tal senso, dobbiamo chiedere un'iniziativa legislativa funzionale e praticabile.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Aggiungo che oggi da alcuni anni non è più possibile una seconda specializzazione. Inoltre, non a caso ho citato più volte il caso dell'AIDS: quando è scoppiata l'epidemia, l'Italia ha avuto la più alta incidenza di AIDS congenito, perché il contagio si è diffuso all'inizio prevalentemente all'interno della comunità dei tossicodipendenti (a differenza di quanto avvenuto negli Stati Uniti dove ha interessato inizialmente la comunità degli omosessuali)

con la conseguenza che i figli di genitori tossicodipendenti sono nati affetti da AIDS. Quando è scoppiato il problema dell'AIDS a livello pediatrico si sono resi necessari interventi di urgenza, spesso richiamati perché rappresentavano un modello da seguire per capire come, di fronte a questioni molto gravi di natura infettiva, siano stati creati centri di riferimento regionali, centri di eccellenza e si siano sperimentate terapie con i farmaci anti-retrovirali.

Quando, ad esempio, sono stati creati i centri regionali di riferimento per i bambini malati di AIDS, malattia per definizione contagiosa e mortale, non vi è stato dubbio che la responsabilità di dirigerli dovesse essere conferita a pediatri con una lunga e documentata esperienza in malattie infettive. Oggi, invece, negli ospedali dove esiste un reparto di malattie infettive, il primario pediatra non può creare un reparto di isolamento per bambini affetti da malattie infettive perché la responsabilità primaria, a norma di legge spetta ad un infettivologo. Si tratta, pertanto, di intervenire affinché un pediatra che abbia lavorato come aiuto per diversi anni, accumulando una enorme competenza scientifica e professionale in materia di malattie infettive, possa competere allo stesso livello di un infettivologo ad un primariato di infettivologia pediatrica.

PRESIDENTE. Appreziate le circostanze, ed in particolare la presenza di due soli gruppi parlamentari, il seguito dell'esame del documento conclusivo e la relativa votazione sono rinviati alla seduta del 16 marzo.

La seduta termina alle 14.50.

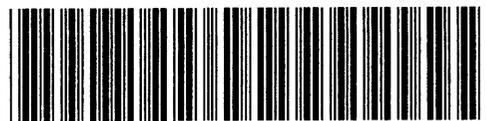
IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

Licenziato per la stampa
il 30 marzo 2004.

€ 0,30

Stampato su carta riciclata ecologica



14STC0011290

1
D