



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 20

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE AD  
ANDAMENTO DEGENERATIVO DI PARTICOLARE  
RILEVANZA SOCIALE, CON SPECIFICO RIGUARDO  
AL TUMORE ALLA MAMMELLA, ALLE MALATTIE  
REUMATICHE CRONICHE ED ALLA SINDROME HIV

224<sup>a</sup> seduta: mercoledì 26 gennaio 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione di esperti**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 4, 10	* ACETI . . . . .	Pag. 4, 9
* BIANCONI (PdL) . . . . .	3		
CHIAROMONTE (PD) . . . . .	8		
* RIZZOTTI (PdL) . . . . .	9		

---

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

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Futuro e Libertà per l'Italia: FLI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Io Sud, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Verso Nord: Misto-Verso Nord.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza di Cittadinanzattiva, il dottor Tonino Aceti, responsabile nazionale del Coordinamento nazionale Associazione malati cronici e la dottoressa Maria Teresa Bressi, collaboratrice del Coordinamento delle Associazioni.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di esperti**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore alla mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV, sospesa nella seduta del 23 novembre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È prevista oggi l'audizione di rappresentanti di Cittadinanzattiva. Sono presenti, in particolare, il dottor Tonino Aceti, responsabile nazionale del Coordinamento nazionale Associazione malati cronici e la dottoressa Maria Teresa Bressi, collaboratrice del Coordinamento delle Associazioni.

Cedo ora la parola alla senatrice Bianconi che ha chiesto di poter riferire in merito ad alcune iniziative connesse alla procedura informativa in titolo, per quanto attiene al settore del tumore alla mammella.

BIANCONI (PdL). Signor Presidente, vorrei condividere con lei e con la Commissione, all'indomani del sopralluogo svolto da una delegazione della Commissione a Bruxelles, il 29 novembre 2010, la proposta di un possibile percorso volto ad una maggiore interazione con l'Europa sulla problematica del tumore al seno. La nostra delegazione è stata ascoltata dalla Commissione europea e dalla rappresentanza permanente dell'Italia presso l'Unione europea e in quella sede ha messo a punto una serie di azioni congiunte insieme al direttore della Direzione generale per la salute e la sicurezza dei consumatori presso la Commissione europea, dottoressa Testori Coggi. L'Europa ha affrontato la direttiva in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, recentemente approvata dal Parlamento

europeo, che si tradurrà in un atto che poi i diversi Stati membri dovranno recepire nella legislazione nazionale. Nella direttiva in questione sono contenuti temi a noi particolarmente cari, tra cui quello della diagnosi e cura del tumore al seno e la costituzione delle *Breast Units*. A tal proposito, signor Presidente, proponiamo di prevedere un'audizione in videoconferenza con la stessa dottoressa Testori Coggi (la quale è addirittura disponibile, qualora lei lo ritenesse utile, ad essere presente in Italia allorché presenteremo gli atti dell'indagine conoscitiva) e alcuni europarlamentari di diverse nazionalità e di diversi gruppi parlamentari, che si sono dichiarati disponibili ad intervenire per un confronto su questa normativa.

Vorremmo porre alla sua attenzione il fatto che all'indomani della nostra visita abbiamo inviato, come parlamentari impegnati nella indagine sul tumore al seno, insieme alle senatrici Rizzotti e Biondelli, una lettera alle parlamentari e ai parlamentari europei di tutti i gruppi politici italiani proprio per sensibilizzarli maggiormente e richiamarne l'attenzione su quella normativa europea transfrontaliera.

Abbiamo inoltre scritto al ministro Fazio in merito alla possibilità di interagire con la Presidenza ungherese che ricoprirà nei prossimi sei mesi la responsabilità dell'Unione europea, sia perché il 14 e 15 aprile si terrà una riunione della Conferenza dei Presidenti delle Commissioni sanità delle Camere dei Parlamenti nazionali e si potrà porre al centro dell'attenzione anche questa tematica, sia perché in Ungheria nel 1982 si tenne il primo incontro fondativo del gruppo EUSOMA che, come ricorderete, è diventato in campo europeo il punto di riferimento per la certificazione delle *Breast Units*. A tal proposito, abbiamo chiesto al Presidente ungherese di poter tornare in quel Paese per riprendere il filo di un percorso di assoluto interesse per tutti.

Questo era d'obbligo relazionare a lei e alla Commissione anche per una condivisione su ciò che abbiamo fatto e che intendiamo continuare a fare.

PRESIDENTE. La ringrazio, senatrice Bianconi. Ovviamente, sulla base di tutte le iniziative di cui abbiamo detto, stabiliremo un calendario operativo concordato.

Procediamo ora all'audizione di rappresentanti di Cittadinanzattiva. Do senz'altro la parola al dottor Aceti.

ACETI. Desidero ringraziare innanzitutto il Presidente della Commissione igiene e sanità, senatore Tomassini e tutta la Commissione per aver deciso di ascoltare anche il punto di vista di Cittadinanzattiva nel corso dell'indagine conoscitiva in oggetto.

All'interno di Cittadinanzattiva svolgo il ruolo di coordinatore nazionale del Coordinamento nazionale delle associazioni malati cronici (CnAMC), una rete di Cittadinanzattiva composta da un *network* di circa 90 associazioni e federazioni che si occupa di portare avanti politiche trasversali di tutela del diritto alla salute. Il contributo che Cittadinanzattiva intende portare a questa indagine conoscitiva è specificamente relativo alla

patologia dell'artrite reumatoide, quindi ci limiteremo alla trattazione di tale argomento.

Nell'ultimo anno è stato compiuto un lavoro particolare sull'artrite reumatoide, con la realizzazione da parte di Cittadinanzattiva e dall'Associazione nazionale malati reumatici (ANMAR) di una raccomandazione civica su questa malattia. La raccomandazione non è ancora pubblica e il documento che consegneremo alla Commissione è un'anticipazione del testo che verrà diffuso a breve. Gli obiettivi della raccomandazione civica che abbiamo realizzato sull'artrite reumatoide sono fondamentalmente due: il primo, è quello di raccogliere maggiori informazioni sulla malattia; il secondo, è quello di individuare le linee d'azione di politica economica, sanitaria e sociale da attuare da parte delle istituzioni per migliorare, dal punto di vista dei cittadini, l'assistenza sociosanitaria erogata alle persone affette da questa patologia. La raccomandazione tiene conto dei punti di vista di vari soggetti istituzionali che sono stati coinvolti in una tavola rotonda e i cui contributi sono riportati nel testo che depositiamo. Fra questi soggetti, vi sono: il Ministero della salute, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), l'INPS, la Società italiana di reumatologia (SIR), la Società italiana di medicina generale (SIMG), la Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCEO), l'Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere (ANMDO) ed esperti del mondo dell'economia.

Le criticità rilevate nel corso di questa attività svolta da Cittadinanzattiva ed ANMAR sono di due tipi: la prima, è di carattere generale ed attiene più che altro alla programmazione sociosanitaria di rango nazionale e regionale. È attualmente in discussione – e penso che approderà presto anche in questa Commissione – il Piano sanitario nazionale 2011-2013. Nella bozza che sta circolando, approvata dal Consiglio dei ministri, le patologie reumatiche non costituiscono uno specifico obiettivo di salute e non rientrano nelle patologie rilevanti, laddove abbiamo verificato che nel vigente Piano nazionale di prevenzione, relativo al biennio 2010-2012, le malattie osteoarticolari sono comprese e quindi oggetto di specifica attività di prevenzione. Segnalo dunque questa contraddizione tra il Piano nazionale di prevenzione e il Piano sanitario nazionale. In più ci sono alcune Regioni che non hanno dato rilevanza alcuna alle malattie reumatiche all'interno dei propri piani sanitari o con provvedimenti regionali *ad hoc*.

Per quanto riguarda, invece, il percorso diagnostico-terapeutico della persona con artrite reumatoide, ci sono criticità segnalate dall'Associazione nazionale malati reumatici, che aderisce a Cittadinanzattiva e fa parte del coordinamento delle associazioni dei malati cronici e con la quale lavoriamo quotidianamente. Prima tra tutte, ricordiamo la diagnosi tardiva della patologia. I principali ostacoli connessi ad una diagnosi e, quindi, ad una terapia precoci, riguardano un ritardo riconducibile alla persona portatrice di patologia, che considera superficialmente i propri sintomi o rifiuta la patologia stessa, un ritardo riconducibile al medico di me-

dicina generale nel riconoscere i sintomi e nell'inviare il paziente dallo specialista e, infine, un ritardo riconducibile allo specialista reumatologo, nella effettuazione della diagnosi e della terapia. Queste sono le tre principali cause di diagnosi tardiva emerse nel giornaliero lavoro di rapporto con le associazioni.

C'è poi il problema del trattamento con farmaci inappropriati dovuto ad una diagnosi tardiva o ad una sottovalutazione dei sintomi. Molto spesso le persone con artrite reumatoide vengono infatti trattate dal medico di medicina generale con farmaci sintomatici, o in alcune situazioni inappropriati. Un ritardo nella formulazione della diagnosi e nell'inizio di una terapia con i cosiddetti farmaci di fondo condiziona pesantemente l'evoluzione della malattia e dei suoi costi per la società, perché se non si riesce ad effettuare una diagnosi tempestiva e ad individuare una terapia appropriata l'evoluzione della malattia è compromessa e la disabilità aumenta.

Rileviamo poi una disomogeneità territoriale dei percorsi di diagnosi e terapia: solo alcune Regioni utilizzano i piani diagnostico-terapeutici e anche nell'ambito delle stesse Regioni ci sono differenze tra una ASL e l'altra. Segnalo poi la difficoltà di accesso ai farmaci (ad esempio, ai farmaci biologici, che sappiamo ridurre di gran lunga la disabilità delle persone con questa patologia), dovuta ai piani di rientro e ai problemi economici delle Regioni. Tutto ciò si riverbera in una difficoltà di accesso per questi pazienti alle terapie cosiddette innovative. Inoltre in molti casi si deve parlare di accesso ritardato ai farmaci biologici a causa della diagnosi tardiva o di un percorso diagnostico-terapeutico non definito.

Segnalo poi ostacoli al riconoscimento dell'invalidità civile e ai benefici collegati (indennità di accompagnamento, legge n.104 del 1992). Sappiamo che le tabelle di invalidità sono rigide. Una persona con artrite reumatoide può prendere una percentuale di invalidità fissa, molto spesso inadeguata e non basata sulle condizioni cliniche particolari del cittadino. Inoltre, frequentemente le visite non vengono fatte con lo specialista reumatologo, quindi con le relative difficoltà a tracciare un quadro clinico della persona.

C'è poi il tema della mancata integrazione dei professionisti sociosanitari coinvolti nel percorso di cura della persona. Purtroppo si ragiona ancora in maniera separata tra i vari professionisti. Esiste altresì un problema di nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili, che risale a più di dieci anni fa, è obsoleto e andrebbe aggiornato. Per esempio, i pettini allungati o le forchette speciali, perché una persona con artrite reumatoide ha una capacità limitata di movimento del braccio, nel nomenclatore non ci sono. Segnalo la criticità rispetto al supporto psicologico che non è garantito a queste persone.

Vi è poi la grande questione del lavoro, perché una persona non adeguatamente curata presenta una disabilità che la costringe ad uscire dal mondo lavorativo.

Al fine di migliorare l'attuale assistenza sociosanitaria erogata alle persone con artrite reumatoide, Cittadinanzattiva ed ANMAR raccoman-

dano al Parlamento di approvare il disegno di legge n. 1701, presentato dal senatore Massidda, recante: «Disposizioni per assicurare un'adeguata assistenza sanitaria ai malati di malattie reumatiche infiammatorie croniche e autoimmuni e dalle sindromi fibromialgiche», che è stato concertato con le associazioni dei pazienti. Visto che c'è un accordo sui contenuti del testo e che esso dà garanzie a questi malati, vorremmo fosse esaminato al più presto.

Al Ministero dell'economia e delle finanze chiediamo di sciogliere la riserva sul decreto relativo ai nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), con particolare riguardo all'aggiornamento del nomenclatore tariffario dei presidi, e di rivedere l'elenco delle malattie croniche e invalidanti e delle malattie rare. Chiediamo di aggiornare, secondo quanto già previsto dall'articolo 20, comma 6, della legge n. 102 del 2009, le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile, con particolare riguardo alle percentuali relative all'artrite reumatoide. È necessario inoltre che la commissione avente il compito di aggiornare le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile veda tra i suoi componenti anche rappresentanti delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute. Al Ministero della salute chiediamo di fare il possibile – sappiamo che il ruolo principale è del Ministero dell'economia – perché venga emanato rapidamente il decreto sui nuovi livelli essenziali di assistenza, provvedimento tanto atteso dalle persone portatrici di patologie croniche e rare. Ma soprattutto chiediamo di inserire all'interno della programmazione sanitaria nazionale, che vi verrà trasmessa a breve e sulla quale sicuramente lavorerete, come specifico obiettivo di salute il miglioramento dell'assistenza sociosanitaria erogata alle persone affette da patologie reumatiche e in particolare da artrite reumatoide. È doveroso dare a questo tema la giusta rilevanza, come già fatto dall'OMS e dallo stesso Piano nazionale di prevenzione. Chiediamo inoltre di definire le linee guida di carattere nazionale, da prendere a riferimento da parte delle Regioni, volte a garantire la diagnosi e il trattamento dell'artrite reumatoide in modo tempestivo ed efficace. A tal fine sarebbe importante la costituzione di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle istituzioni, da professionisti sociosanitari, nonché da rappresentanti delle associazioni civiche e di cittadini affetti da patologia reumatica. Chiediamo, ancora, di attivare un registro nazionale delle patologie reumatiche sistemiche e di garantire su tutto il territorio nazionale il tempestivo accesso da parte dei malati affetti da artrite reumatoide alle terapie farmacologiche indispensabili, con particolare riguardo a quelle innovative.

All'Agenzia italiana del farmaco chiediamo invece un'attenta attività di monitoraggio sui comportamenti delle Regioni per garantire su tutto il territorio nazionale l'accessibilità a questi farmaci. È infatti necessario superare le attuali differenze a livello regionale e assicurare, anche in considerazione dell'accordo Stato-Regioni del 2010, la certezza che alcuni farmaci siano disponibili in tutte le Regioni. Chiediamo altresì – cosa alla quale teniamo molto – che venga istituita una consulta permanente delle associazioni dei malati e delle organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute, che possa svolgere una funzione ben precisa all'interno

della stessa AIFA rispetto alle proposte, agli eventuali correttivi e così via. È fondamentale inserire la partecipazione civica in questo ente così importante per le persone affette da patologie croniche e rare, le quali a seguito di una determinazione AIFA vedono cambiare la propria vita in un senso piuttosto che in un altro. Dal nostro punto di vista, ciò giustifica la richiesta di un maggiore coinvolgimento delle associazioni, anche attraverso la costituzione di una consulta permanente.

All'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) chiediamo di semplificare gli *iter* burocratici per l'accertamento delle minorazioni civili e di rendere questi stessi accertamenti maggiormente appropriati alla condizione di salute dei pazienti.

Alle Regioni chiediamo che nei piani sanitari regionali venga data una rilevanza specifica alle patologie reumatiche, anche attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che diano certezza ed uniformità di trattamento ai malati. Chiediamo, inoltre, di potenziare la rete dei servizi di riabilitazione; di promuovere, anche attraverso soluzioni di tipo telematico e su tutto il territorio regionale l'organizzazione a «rete» dei servizi di assistenza sociosanitaria; di garantire programmi di formazione rivolti agli operatori sanitari, soprattutto ai medici di medicina generale, inerenti le patologie reumatiche ed in particolare l'artrite reumatoide.

Alle aziende sanitarie locali chiediamo che vengano definite, laddove non approvate a livello regionale, percorsi diagnostico-terapeutici, posto che, a nostro avviso, il percorso diagnostico-terapeutico rappresenta l'unico modo per dare uniformità di trattamento e certezza rispetto alla presa in carico del paziente.

Questa raccomandazione verrà diffusa ed inoltrata a tutte le istituzioni alle quali è rivolta. In questa sede mi sono limitato a farne un sunto, ma ovviamente il testo – che consegneremo agli Uffici della Commissione – è molto più articolato.

CHIAROMONTE (PD). Signor Presidente, ringrazio i rappresentanti di Cittadinanzattiva ai quali sottolineo che nella raccomandazione (che noi siamo ben lieti di recepire in anteprima in questa Commissione) sono stati evidenziati alcuni elementi di preoccupazione già emersi nel corso delle precedenti audizioni. In particolare, risulta grave l'assenza nel Piano sanitario nazionale di un preciso richiamo alle malattie reumatiche, assenza da cui derivano, tassello dopo tassello, molti aspetti. La stessa disarticolazione a livello regionale è legata alla possibilità di collocare fin dall'inizio – come sarebbe giusto – nel Piano sanitario nazionale le malattie reumatiche all'interno delle patologie rilevanti; da lì, a cascata, si potrebbero dare indirizzi alle Regioni. Ritengo estremamente preoccupante che vi siano differenti percorsi nelle ASL; a questo punto, bisognerebbe domandarsi se addirittura all'interno di una stessa Regione i percorsi delle ASL differiscano gli uni dagli altri.

Infine, ricordo che nell'ambito dell'audizione di rappresentanti dell'INPS – credo sia importante sottolinearlo ai nostri ospiti – si appurò la mancanza di dati sulle malattie reumatiche da parte dell'Istituto. Dun-

que, la raccomandazione ha un senso proprio perché – guarda caso – mancano tali dati; ciò segnala la difficoltà di accertamento delle minorazioni civili di cui oggi si sta parlando.

Pertanto, siamo ben lieti di poter recepire tali raccomandazioni. Peraltro, domani è prevista l'audizione della presidente di Donne in Rete: lo sottolineo perché queste malattie degenerative colpiscono soprattutto la popolazione femminile; non a caso sono state raggruppate con altre patologie, come il tumore alla mammella, che interessano le donne. Preoccupano, inoltre, i costi derivanti dalla diagnosi tardiva, ma anche la giovane età delle pazienti: dai dati pervenuti, risulta che tale patologia interessa anche i bambini.

Come il Presidente sa bene avendo seguito con attenzione tutte le audizioni, tali aspetti suscitano grande preoccupazione e, nello stesso tempo, esortano ad intervenire rapidamente sulla materia.

*RIZZOTTI (PdL).* Signor Presidente, ringraziando il dottor Aceti per il prezioso contributo offerto ai lavori della Commissione, sottolineo l'esigenza di chiedere al ministro Fazio informazioni sulla discrepanza segnalata tra il nuovo Piano sanitario nazionale e il Piano di prevenzione vigente. Vorrei sapere da Cittadinanzattiva come si potrebbe accelerare il percorso tra la scoperta dei sintomi e la diagnosi di tali malattie (credo che i malati, in relazione alla propria esperienza, possano fornire suggerimenti al riguardo). Vorrei sapere, inoltre, se sia possibile avere un quadro specifico per ciascuna Regione sull'accesso alle diagnosi e alle terapie e se sia possibile avere dati regionali sulla tipologia dei farmaci impiegati evidenziando quelli più efficaci, affinché si possa fare una scrematura o un aggiornamento tra quelli che vengono utilizzati. Infine, potrebbe essere utile acquisire valutazioni anche sul modo in cui raggiungere più efficacemente i medici di base, cioè coloro che prescrivono i farmaci se il paziente non ha la fortuna di essere seguito in un centro specializzato. Vorrei sapere se si ritiene più giusto che tali informazioni vengano fornite dalle case farmaceutiche, dal Ministero della salute o dall'Agenzia italiana del farmaco.

*ACETI.* Signor Presidente, per una diagnosi tempestiva di tali patologie è sicuramente molto importante avviare una campagna di comunicazione a livello nazionale. Ad esempio, se alcuni sintomi fossero noti alla collettività potrebbero far sorgere un dubbio, far accendere una lampadina nella persona interessata e in tal modo spingerla a rivolgersi subito al medico di base, che è il primo punto di riferimento con il Servizio sanitario nazionale. Quindi, innanzitutto, è necessario avviare una capillare campagna di informazione su queste patologie.

In secondo luogo, si ravvisa l'esigenza di formare correttamente e sensibilizzare i medici di famiglia, i quali rappresentano uno snodo essenziale perché, a fronte di un sintomo ovvero del racconto di alcuni sintomi e sensazioni, possano avere il dubbio che si tratti di quella patologia e quindi inviare subito la persona dallo specialista reumatologo, che poi

farà la diagnosi. Penso quindi che la campagna di comunicazione, come anche la sensibilizzazione e la formazione dei medici di medicina generale, sia importantissima per avere una diagnosi tempestiva.

Per quanto riguarda i farmaci, le criticità sono state evidenziate, negli ultimi due anni, soprattutto nelle Regioni Lazio e Sicilia. Le segnalazioni da parte dei cittadini di quelle Regioni appartenenti all'Associazione nazionale malati reumatici evidenziano che nel Lazio non solo è stata interrotta l'erogazione di questi farmaci per problemi economici, ma da quello che ci è stato riferito dai malati si disincentiva anche l'arruolamento delle persone per quei farmaci.

In Sicilia vi è invece un problema di dislocazione dei centri di riferimento atti alla prescrizione, si tratta quindi di difficoltà di tipo burocratico. Rispetto ai farmaci utilizzati, sicuramente l'Agenas ha un flusso informativo continuo di tutta la spesa farmaceutica regionale, quindi sa perfettamente qual è la spesa regionale per farmaci di singole aree terapeutiche, pertanto rispetto alle informazioni sulla spesa farmaceutica Agenas e AIFA devono essere i riferimenti principali.

A mio parere, lo strumento principale per raggiungere i medici di famiglia è l'Educazione continua in medicina (ECM), magari inserendo nel percorso educativo anche singole sessioni di approfondimento sull'importanza di una diagnosi tempestiva e precoce delle patologie reumatiche ai fini di una giusta e adeguata presa in carico. Ritengo poi che nell'informazione e nella sensibilizzazione dei medici di famiglia la responsabilità maggiore dovrebbe essere sempre e comunque delle istituzioni. Attualmente l'industria fa informazione scientifica del farmaco presso i medici di medicina generale, tuttavia credo che trattandosi di patologie che, proprio per l'utilizzo di farmaci biologici, comportano una spesa consistente per il Servizio sanitario nazionale, l'informazione debba essere fatta soprattutto a livello istituzionale e che le istituzioni, prime fra tutte il Ministero e le Regioni, dovrebbero farsi carico di una formazione *ad hoc* nei confronti dei medici di famiglia rispetto a questa patologia.

PRESIDENTE. Ringraziamo gli auditi per la loro presenza e per le importanti informazioni che hanno fornito alla Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,35.*



