

**COMMISSIONE PARLAMENTARE  
PER L'INFANZIA**

# **RESOCONTO STENOGRAFICO**

**INDAGINE CONOSCITIVA**

**4.**

**SEDUTA DI GIOVEDÌ 23 OTTOBRE 2003**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI**

COMMISSIONE PARLAMENTARE  
PER L'INFANZIA

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

4.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 23 OTTOBRE 2003

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Baker Christoph, <i>Consulente di UNICEF-Italia</i> .....	3, 10, 12, 15
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i> .....	3	De Franciscis Alessandro (Misto-UDEUR-PpE) .....	8, 14, 15
<b>INDAGINE CONOSCITIVA SULLA COPERTURA VACCINALE IN ETÀ PEDIATRICA E SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIE INFETTIVE</b>		McKinnon Fabian, <i>Vicepresidente executive di GAVI/The Vaccine Fund</i> .....	4, 10, 12, 13, 14
<b>Audizione del dottor Christoph Baker, consulente UNICEF-Italia, e di rappresentanti di Vaccine Fund:</b>		Rizzo Ivone, <i>Rappresentante di Vaccine Fund</i> .....	14
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i> ...	3, 7, 10, 15	Rotondo Antonio (DS-U) .....	9, 10, 13
		Valpiana Tiziana (RC) .....	9, 12, 13



PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
MARIA BURANI PROCACCINI

**La seduta comincia alle 15,15.**

*(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 della seduta odierna verrà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione del dottor Christoph Baker, consulente UNICEF-Italia, e di rappresentanti di Vaccine Fund.**

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 dottor Christoph Baker, consulente UNICEF-Italia, e del dottor Fabian McKinnon, vicepresidente esecutivo di GAVI/The Vaccine Fund.

Ringrazio i nostri ospiti, che ora ci illustreranno le loro relazioni.

CHRISTOPH BAKER, *Consulente di UNICEF-Italia*. Ringrazio questa Commissione per l'invito che ci è stato rivolto. Siamo molto lieti di essere qui. Io sono il responsabile in Italia del progetto *Baby Friendly Hospital*, un progetto dell'OMS e dell'UNICEF lanciato circa undici anni fa e che coinvolge tutti i paesi del mondo

nella promozione dell'allattamento al seno. Voi sapete che l'allattamento al seno, come dimostrato da prove scientifiche che si accumulano ogni settimana, costituisce la miglior garanzia per l'avvio alla vita di un bambino. In molti paesi al mondo è l'unico avvio. In Italia, da circa tre o quattro anni, abbiamo potuto avviare il lavoro della commissione di valutazione degli ospedali e abbiamo già individuato sette realtà di eccellenza tra nord e sud d'Italia. Bisogna soffermarsi sul tema dell'allattamento al seno anche quando si parla di malattie infettive, di allergie, eccetera, perché stiamo scoprendo quello che madre natura aveva già formato nel suo percorso millenario, cioè che il latte materno costituisce la migliore difesa immunitaria per un bambino.

È evidente che gli ostacoli all'allattamento materno sono tanti. Nei paesi industrializzati questo è ancora più vero, perché vi sono state due generazioni di mamme che hanno allattato con biberon, e oggi bisogna recuperare una pratica che in principio era naturale. Abbiamo notato una sensibilità crescente nel paese rispetto a questo problema. Ieri, per esempio, ho partecipato presso l'Istituto superiore di sanità alla presentazione dell'indagine sul percorso nascita e mi è molto piaciuta una statistica effettuata con un'intervista delle mamme in tutto il paese, che per il 96 per cento si sono dichiarate favorevoli ad allattare al seno, anche se in certe realtà non riescono a farlo. È interessante che questo dato corrisponde anche alla statistica, comprovata scientificamente e a livello mondiale, secondo la quale solo il 4 o il 5 per cento delle mamme nel mondo non possono veramente allattare al seno. Questa corrispondenza è interessante.

Avendo avuto questa opportunità, ritengo che sia giusto parlare dell'approccio che pone al centro la diade mamma-bambino, che è alla base di un discorso di sanità preventiva che l'UNICEF sta portando avanti da tempo.

Avendo voi chiesto ai rappresentanti dell'UNICEF di venire a parlare di vaccini, sicuramente sapete che questo è uno dei più grandi cavalli di battaglia dell'Organizzazione, anche se ancora oggi dobbiamo lamentare la difficoltà di portare in tutto il mondo i benefici dell'immunizzazione. Noi abbiamo il mandato di raggiungere tutti i bambini del mondo. Da quando è stata stipulata la Convenzione sui diritti dell'infanzia, nel 1989, questo mandato non è più volontaristico ma è un mandato degli Stati e costituisce una loro responsabilità e un loro dovere. Anche qui in Italia noi accompagniamo qualsiasi sforzo fatto in questa direzione.

Io non sono uno specialista della tematica del vaccino, ma mi occupo in primo luogo della tematica negli ospedali amici dei bambini. Ho visto che la vostra indagine è volta anche a capire meglio l'umanizzazione dell'ospedale ed il rapporto tra sanità e bambino. È importante insistere nella direzione che i piani sanitari del paese hanno stabilito finora, ossia mantenere sempre preminente l'interesse del bambino. Per esempio, si deve evitare, finché si può, di portare il bambino in ospedale; inoltre, devono essere garantiti tutti i suoi diritti, *in primis* quello di avere vicini il padre e la madre, di poter essere accompagnato nei suoi percorsi normali, didattici e di crescita, in modo che l'ospedale sia il meno interruttivo possibile della vita di un ragazzo. Sappiamo bene, purtroppo, che ci sono dei casi di persone con malattie croniche, ma anche in quest'ambito c'è molto da fare per cercare di umanizzare la loro condizione. Dobbiamo ricordare che l'interesse del bambino riguarda non solo l'aspetto medico, ma anche quello psicologico ed emotivo. Questa è la direzione verso la quale stiamo lavorando nel comitato italiano.

Anche se il nostro progetto è legato strettamente ai primi giorni di vita di un

bambino, quindi all'avvio alla vita, abbiamo notato che, nelle realtà dove c'è questa attenzione, essa continua anche dopo. Non c'è una differenza tra il reparto nido e la pediatria. Si vede che la sensibilità è crescente; pertanto, dobbiamo fare degli sforzi per fornire i mezzi adatti, perché occorrerà un periodo per rovesciare l'approccio tradizionale, di tipo specialistico e medico, cominciando ad adottare un approccio olistico. Sicuramente una buona politica sarebbe quella di investire all'inizio, così dopo si potrà anche risparmiare.

FABIAN McKINNON, *Vicepresidente executive di GAVI/The Vaccine Fund*. Innanzitutto vorrei ringraziare, a nome della GAVI e del Vaccine Fund, l'onorevole presidente della Commissione e la Commissione stessa per il privilegio di essere da voi; esordirò con una sintetica rappresentazione in *Power point* su questa grande iniziativa della GAVI. La questione che ci preoccupa in generale è data dalla tragedia per cui 30 milioni di neonati non hanno accesso alle vaccinazioni; di questi, circa un 10 per cento — come probabilmente sapete — muoiono per una malattia che può essere evitata spesso con un costo veramente minimo. Si tratta, infatti, di vaccini che in molti casi esistono da vari decenni e immunizzare completamente un bambino costa al massimo 30 dollari statunitensi.

La GAVI è un'alleanza composta dai maggiori attori nell'ambito dell'immunizzazione internazionale; in essa sono dunque rappresentati non solo i governi del nord del mondo e quelli dei paesi in via di sviluppo ma — per la prima volta nella storia delle organizzazioni internazionali —, anche l'industria, attivamente coinvolta, a cui sono stati assegnati non uno ma due seggi nel consiglio (si tratta di un rappresentante dell'industria dei vaccini per i paesi industrializzati e uno per quelli in via di sviluppo). Inoltre, sono rappresentati gli istituti di ricerca e gli istituti superiori della sanità, le ONG e gli operatori principalmente attivi nel campo, che sono, naturalmente, l'UNICEF, l'Organiz-

zazione mondiale della sanità, i governi stessi, la Banca mondiale e la Fondazione Bill & Melinda Gates, nel suo ruolo, tra gli altri, di ente che finanzia. La GAVI è nata per vari scopi, non solo per introdurre vaccini dove mancano, ma anche per aumentare l'accesso ad essi cercando di avviare i processi necessari per rimuovere gli ostacoli alla vaccinazione nei paesi in via di sviluppo, nonché di accelerare l'introduzione di vaccini nuovi.

Il Vaccine Fund, che è parte integrante di questa alleanza e che però al tempo stesso è autonomo, ha i seguenti obiettivi: raccogliere i fondi, in modo che il notevole sforzo dell'alleanza stessa sia sostenibile; promuovere campagne di sensibilizzazione e di comunicazione necessarie per facilitare e potenziare il reperimento di risorse; garantire la rendicontazione responsabile e trasparente della gestione, non solo dei finanziamenti ma anche dei risultati (rendicontazione verso i donatori e naturalmente verso tutti gli altri interessati); costituire un'interfaccia strategica con l'industria. Quanto a quest'ultimo aspetto, mi riferisco all'esigenza di ridefinire un ruolo capace di permettere al Vaccine Fund e alla GAVI di instaurare un dialogo strategico con l'industria; ciò fino adesso non è stato possibile, non per mancanza di volontà bensì perché per difetto della sicurezza finanziaria necessaria ad intavolare un discorso a lungo termine con il sistema industriale del settore, al fine di facilitare la pianificazione degli investimenti, del *research & development*, della manifattura, della pianificazione e produzione dei vaccini.

Il consiglio del Vaccine Fund è stato lanciato dal Presidente Mandela, che è anche il suo presidente, e tra gli altri membri annovera dei personaggi particolarmente eminenti, molto attivi nell'appoggiare la sensibilizzazione e la ricerca di fondi: la regina Rania di Giordania, Jacques Delors, la signora Robinson, il maestro Rostropovitch, il professor Sen, premio Nobel per l'economia, l'ex primo ministro Stoltenberg della Norvegia, il signor Summers, ex ministro del tesoro americano e così via.

Esiste un obbligo morale che ci muove, un'indiscussa necessità medica; non si tratta solo dell'intervento di sanità in se stesso ma anche di assicurare un contributo allo sviluppo sostenibile dei paesi e delle società, concorrendo alla creazione del *capacity building*, ovvero della capacità istituzionale umana, il « poter fare » di una società, curando non solo l'aspetto fisico ma anche quello delle abilità necessarie ad operare. Per avere un'idea rapida dei decessi annuali per malattie infettive è sufficiente considerare i seguenti dati: i paesi più bisognosi, secondo la definizione che utilizziamo, sono pari a 75, e in 72 di questi il PNL *pro capite* è inferiore a mille dollari. Sono poi tre i paesi interessati da una situazione speciale, ovvero India, Cina e Indonesia, ammessi per ovvie ragioni demografiche, sebbene tecnicamente il loro PNL si collochi al di sopra della soglia critica.

Il Vaccine Fund interviene con un sostegno finanziario in ragione della situazione economica di un paese e della copertura vaccinale. In riferimento a difterite, tetano e pertosse (DTP) se la copertura è compresa tra il 50 e l'80 per cento, il fondo eroga un supporto per infrastrutture, vaccini per l'epatite B, l'HIB e la febbre gialla, siringhe autodisattivanti per tre anni. Se la copertura invece è inferiore al 50 per cento, il fondo interviene fornendo supporto per infrastrutture (fisiche e umane), vaccino per la febbre gialla, siringhe autodisattivanti per tre anni. Infine, per coperture superiori all'80 per cento interveniamo per finanziare l'acquisto di vaccini per l'epatite B, l'HIB e la febbre gialla, nonché siringhe autodisattivanti per tre anni.

I contributi quinquennali del fondo in 68 paesi sono oltre un miliardo di dollari; in questo momento il fondo dispone di un miliardo e 200 milioni di dollari programmati per tale arco temporale. Una delle caratteristiche notate a livello internazionale, in questo sforzo della GAVI, è stata quella di attuare in forma molto rapida i programmi che si proponeva di introdurre nel terzo mondo e con il terzo mondo. In questa prospettiva finanziaria, in un pe-

riodo di due anni e mezzo, sono stati già erogati 255 milioni di dollari. Le dosi di vaccino distribuite sono abbastanza elevate; naturalmente, una parte sempre difficile dell'impegno di lavoro nel mondo sottosviluppato attiene alla capacità effettiva di programmare i finanziamenti dell'attività. Anche sotto tale aspetto, la GAVI ha potuto mostrare progressi interessanti, lavorando secondo un modello che definirei esplicitamente non paternalista. Peraltro, se gli onorevoli membri della Commissione vogliono tornare a riflettere sui grafici testé mostrati, posso illustrarli in maggiore dettaglio. Un modello, quello dianzi citato, appunto non paternalista, non verticale ma veramente orientato al partenariato ed alle alleanze.

I costi delle campagne di vaccinazione, come ho riferito, ammontano a 30 dollari per bambino, quanto al ciclo basico; inoltre, altre spese sono ascrivibili alle voci correlate allo sviluppo delle capacità, alla formazione, alla gestione; inoltre: catena del freddo, costi di trasporto e infrastruttura fisica in generale — strumenti dei quali alcuni mostrano aspetti innovativi — e finanziamento delle infrastrutture.

Quali sono le sfide per migliorare l'accesso? Paracadutare, per così dire, vaccini nei paesi rappresenta solo una delle soluzioni; inoltre, non è facile trovare i fondi necessari per distribuirli. Peraltro, i grandi problemi legati al sottosviluppo fanno sì che l'introduzione effettiva dell'immunizzazione in un paese sia abbastanza complicata. Dunque, molte volte si pongono problemi di appoggio politico, problemi per la cui soluzione la GAVI continua a svolgere, in collaborazione con l'UNICEF e, soprattutto, con l'Organizzazione mondiale della sanità, un lavoro che si articola, come già riferito, su più lati: sensibilizzazione, appoggio e trasporto, catena del freddo, gestione e sensibilizzazione a livello comunitario, tutti aspetti che costituiscono, e storicamente hanno costituito, ostacoli al fine non solo di aumentare la copertura vaccinale ma anche di renderla sostenibile. A tale riguardo, sono una serie di elementi chiave quelli che fanno sì che i sistemi di immunizzazione di un paese

siano effettivamente efficaci e sostenibili; tra questi, l'impegno politico, le infrastrutture e le attrezzature fisiche, i sistemi di monitoraggio e di informazione (che spesso sono il tallone d'Achille nei paesi del nord), la fornitura dei servizi, le risorse umane — che, indiscutibilmente, almeno nei miei vent'anni di esperienza nel terzo mondo, sono il tallone di Achille più importante —, sensibilizzazione e consapevolezza a tutti i livelli.

Tecnologie ed innovazione hanno rappresentato uno degli obiettivi specifici della GAVI: si mira, infatti, a ridurre la dipendenza dalla catena del freddo e, dunque, a finanziare la ricerca in questo ambito. Ricerca tesa a migliorare gli strumenti di monitoraggio e finalizzata, altresì, alla riduzione dei rifiuti contagiosi; ciò, per tutte le ragioni che sono evidenti ma anche, e soprattutto, alla luce, oggi giorno, dei problemi dell'HIV e dell'AIDS.

Dunque, un nuovo modello, che presenta i seguenti caratteri: non crea sistemi nuovi che si sovrappongono ai sistemi che già esistono *in situ* ma coopera con i sistemi locali; prevede una procedura di inoltro delle domande che è aperta e trasparente; conosce norme standardizzate che rendono i finanziamenti molto prevedibili perché annunciati in un modo molto chiaro, con criteri di eleggibilità molto trasparenti. Tutto ciò rende la reazione dei paesi in via di sviluppo molto più affidabile ed ordinata.

I finanziamenti sono effettuati anche in base al rendimento che hanno in ogni paese; questo è un elemento molto importante e nuovo offerto dalla GAVI: vi è un sistema di soglie di rendimento. Dunque, quando GAVI comincia a lavorare in un paese, attraverso l'UNICEF o l'OMS, si prende il *baseline*, il punto di partenza di copertura vaccinale; quindi, i finanziamenti che seguono sono concessi in virtù dei progressi che si compiono; infine, i progressi vengono valutati attraverso interventi esterni, obiettivi e neutrali.

L'impatto sul mercato dei vaccini è quello che riferivo dianzi, grazie ad un impegno a lungo termine, ad una struttura inclusiva — che rende lo sforzo (si spera)

sostenibile —, ad un processo di valutazione imparziale: i *data quality audits* sono valutazioni che assicurano l'accuratezza delle relazioni circa i progressi. La relazione innovativa con l'industria, come dicevo dianzi, mira a creare un ambiente per l'industria che sia più propizio agli investimenti a lungo termine in un campo che, come sapete, è straordinariamente costoso, richiedendo un forte impegno. A tale riguardo, gli esempi di due paesi, Sierra Leone e Cina, mostrano i progressi che si sono potuti compiere (progressi documentati): ristrutturazione delle infrastrutture sanitarie, fornitura costante di vaccini e di materiale per iniezioni, uso di incentivi comunitari, con specifico successo.

È interessante anche constatare come la correlazione tra il grado di sviluppo di un paese ed i progressi nella vaccinazione non è necessariamente quella che ci si potrebbe attendere; paesi che versano in una situazione socioeconomica estremamente difficile hanno potuto dimostrare progressi veramente straordinari, mentre, purtroppo, è avvenuto a volte il contrario. La circostanza sottolinea vari aspetti della questione, tra i quali va annoverata l'estrema importanza dell'impegno politico.

Con la Cina abbiamo una relazione molto speciale ed interessante; sapete molto bene quali siano le sue particolarità epidemiologiche, e dunque non mi dilungo su tale aspetto. Nel caso della Cina, abbiamo persino un *memorandum of understanding*, un accordo attraverso il quale la Cina apporta una quantità molto importante di fondi, una quantità simile ai fondi che riceve dalla GAVI e dal Vaccine Fund.

Quanto alla prospettiva futura, si tratta di poter pianificare a più lungo termine, per accelerare i processi; di ridurre il divario globale nell'accesso; di facilitare l'accesso ai vaccini a breve termine — pneumococco e rotavirus, per esempio: due progetti specifici, finanziati da GAVI, stanno effettivamente accelerando lo sviluppo di questi due vaccini —; di razionalizzare il rapporto con l'approccio del sistema sanitario nazionale: non imporne

uno esterno (che non funzionerebbe, se introdotto in quel modo); di continuare ad innovare, mantenendo, nella misura del possibile, il ruolo di pionieri.

Vengo ora ad illustrare ancora alcuni grafici: uno mostra i paesi che ricevono sostegno per le infrastrutture e lo sviluppo delle capacità, nonché la percentuale di miglioramenti che hanno raggiunto nella copertura vaccinale; per esempio, il primo di questi paesi, che si situa al 98 per cento, è la Liberia, mentre il secondo — che arriva all'80 per cento — è niente di meno che il Burkina Faso, seguito da Mali, Sierra Leone e Afghanistan. Si tratta, dunque, di paesi molto poveri, con una situazione politica instabile, con infrastrutture precarie o inesistenti, eppure è dimostrato che se si riesce ad ottenere l'appoggio politico di più attori, lavorando in una forma non paternalista, si possono raggiungere risultati abbastanza impressionanti. Vi sono poi paesi che ancora non ricevono alcun sostegno, per varie ragioni di natura amministrativa o perché non sono stati in grado di completare un dossier e quindi non sono ancora eleggibili.

Per ultimo vorrei segnalare il fabbisogno del Vaccine Fund, per dare un'idea del *gap* esistente tra le risorse disponibili e quelle che sarebbero necessarie. Per il momento, i paesi donatori sono: Norvegia, Paesi Bassi, Stati Uniti, Gran Bretagna, Danimarca, Svezia, Canada, Irlanda e Francia. Inoltre abbiamo alcuni enti privati, tra cui la Fondazione Vodafone Italia, che ha iniziato con noi una *partnership* interessante, e la Fondazione Gates, che contribuisce per una percentuale importante. Nel 2011 le risorse necessarie stimate per i vari vaccini ammonteranno a circa un miliardo di dollari per anno, mentre ora esse ammontano a 400 milioni di dollari annuali, dei quali al momento sono finanziati circa 250.

**PRESIDENTE.** Ringrazio i nostri ospiti per la loro interessante relazione e invito ora i colleghi a rivolgere loro le domande che ritengono opportune.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Vorrei innanzitutto ringraziare gli auditi per avere aderito al nostro invito. Abbiamo iniziato i lavori di questa indagine conoscitiva ormai da un mese e mi pare assolutamente voluto e non casuale che questo pomeriggio noi affrontassimo due aspetti che riteniamo complementari: da una parte (lo dico al rappresentante del progetto *Baby friendly hospital*), la questione, per noi rilevante, della condizione del ricovero ospedaliero del bambino affetto da malattie infettive, dall'altra le questioni che attengono alle strategie globali di vaccinazione che ci ha presentato il rappresentante del Vaccine Fund.

Non voglio entrare nella questione dell'allattamento al seno perché condivido quanto è stato detto per tutta una serie di motivi; vorrei invece chiedere al rappresentante dell'UNICEF se nel loro sforzo, oltre alla questione dell'educazione e della collaborazione, sulla diade madre-figlio, abbiano posto la loro attenzione all'ospedalizzazione del bambino con malattie infettive dopo il primo anno di vita. Quando viene affermato, cosa che io condivido, che il bambino deve restare in ospedale il meno possibile, ci sono dei dati che dimostrano la rilevanza del fenomeno dei ricoveri inappropriati? È vero che dobbiamo lavorare affinché gli ospedali siano sempre più luoghi accoglienti ed attrezzati per i bambini, ma è anche vero che vi sono molti bambini che vengono ricoverati anche quando ciò poteva essere evitato.

Quando dite che, per poter avere un domani una razionalizzazione della spesa, oggi occorre spendere qualcosa in più, ciò vuol dire però introdurre la questione del reperimento delle risorse necessarie; su quali risorse possiamo fare affidamento? In questo senso ritorna ancora una volta nei nostri lavori la questione, tutta italiana, del governo regionale della salute e, quindi, della riduzione delle possibilità di allocare risorse direttamente dal centro, in modo da migliorare centri di eccellenza o da sostenere centri che noi vorremmo si sviluppessero.

Abbiamo atteso l'incontro di oggi con il rappresentante del Vaccine Fund perché conosciamo la serietà ed il *background* che accompagnano il vostro sforzo globale di eradicazione delle principali malattie infettive oggi eradicabili attraverso un'immunizzazione preventiva. Vorrei chiedere al dottor McKinnon di approfondire due aspetti della questione. Alla fine dei *goals* principali di Vaccine fund è segnalata la ricerca di continui miglioramenti del *management*, sia di ricerca di base sia di logistica delle vaccinazioni, ad esempio l'abolizione della catena del freddo come obiettivo finale. Questo sforzo, che avviene su scala globale, quanto si può tradurre nella realtà di un paese industrializzato, come è l'Italia, con una buona copertura vaccinale nella sua interezza? Potrebbe accadere che in condizioni particolari, i *contractors* o gli utenti del Vaccine Fund, all'interno del progetto, tra cui non vi sono i bambini italiani, possano addirittura beneficiare, sia pure in linea strettamente teorica, di percorsi di ricerca e di pensiero più avanzati di quanto non accada nella regione Lombardia o nella regione Campania oppure nella regione Sicilia? Ciò anche perché la catena del freddo, oltre che in Somalia, non funziona neanche da noi.

L'altra domanda che vorrei farle riguarda la comunicazione. Ha sottolineato prima l'importanza della comunicazione: nella sua esperienza ultraventennale, che cosa registra nei paesi in via di sviluppo o nei paesi che comunque si servono della collaborazione dell'alleanza globale e, quindi, del lavoro di Vaccine Fund, per quanto riguarda le posizioni culturali contro le vaccinazioni? Si tratta di un tema emerso nel dibattito della nostra Commissione in queste settimane; vorremmo avere un'idea del dibattito culturale, che nei paesi ricchi è già piuttosto sviluppato, all'interno dei paesi nei quali lavora.

Ho concluso, ma devo affidare alla presidenza una mia preoccupazione. Come ci siamo insieme scandalizzati quando leggemo un articolo di quel rapporto delle Nazioni Unite sullo stato di attuazione e sul rispetto della Convenzione internazio-

nale sull'infanzia quanto alla situazione di sofferenza dei bambini rom in Italia - come era stato riferito a New York -, così ora francamente mi scandalizzo di non trovare il nome del nostro paese nell'elenco dei paesi sottoscrittori del Vaccine Fund. Dunque, siccome sono abbastanza sicuro che la notizia fornitaci era vera, vorrei chiedere alla presidenza se insieme, maggioranza e minoranza, nelle raccomandazioni che inseriremo nelle conclusioni della nostra indagine conoscitiva - se non addirittura prima, nelle misure che riterremo necessario adottare - si possa spingere affinché il Governo della Repubblica italiana in qualche modo sottoscriva il Vaccine Fund e si unisca allo sforzo che gli altri paesi industrializzati stanno facendo da tempo per sostenere gli obiettivi che le organizzazioni sovranazionali, sotto la regia delle Nazioni Unite e dell'UNICEF in quest'alleanza globale, stanno portando avanti e tra le quali manca il nome del nostro paese.

**TIZIANA VALPIANA.** Credo che l'abbinamento di queste due audizioni sia stato importantissimo, perché possiamo valutare unitamente due aspetti molto importanti, quello della nascita e della crescita dei bambini e quello della loro salute di base.

Prendo spunto da quanto diceva il dottor Baker all'inizio, ossia che il latte materno è la migliore difesa immunitaria per i bambini. Vorrei sapere se state svolgendo un lavoro a favore dell'allattamento nei vari paesi in cui operate. Credo che non ci sia una persona alla quale stia a cuore la salute di un bambino più della mamma, al di là dei Governi e degli Stati, e quindi penso che ogni miglioramento per la salute del bambino passi necessariamente attraverso l'*empowerment* della madre.

Vorrei conoscere un po' il lavoro svolto negli ospedali amici dei bambini e sapere se vi è anche un progetto di pianificazione familiare, perché è evidente che anche questo aspetto ha una sua importanza, soprattutto per lasciare alle madri il tempo di occuparsi dei loro bambini.

L'altro profilo che mi interessa è quello relativo alle necessità di recuperare una cultura dell'allattamento materno, perché proveniamo da due generazioni che non hanno allattato al seno. Non credo che sia un caso, ma penso che ci sia stata un tipo di cultura, di organizzazione sociale e di promozione degli alimenti dietetici per l'infanzia da parte delle multinazionali che hanno lavorato contro l'allattamento materno. Mi chiedo se le aziende che partecipano al vostro fondo diano garanzie di non promuovere surrogati e alimenti sostitutivi del latte materno.

Rispetto all'accelerazione dell'adozione di nuovi vaccini, ossia tutta la sperimentazione, di cui lei ha parlato, è evidente che un nuovo vaccino ha la necessità di essere valutato nel rapporto costi e benefici, ma soprattutto in termini di salute e di effetti negativi. Vorrei capire che tipo di lavoro viene svolto da questo punto di vista e quali garanzie vengono date.

Per quanto riguarda la necessità di investire oggi per poter risparmiare domani, è necessario affrontare il tema dell'equa distribuzione delle risorse nel mondo. Credo che nel mondo siano fatti tanti vaccini inutili. Ad esempio, nel nostro paese molti vaccini che si stanno facendo sono inutili e forse anche dannosi. Sappiamo che l'OMS ha posto l'Europa come zona libera dalla polio, ma stiamo ancora vaccinando, e lo faremo per molti anni ancora, contro la polio. È possibile rivedere la politica mondiale dei vaccini? Sicuramente la strada del vaccino è una strada di emergenza e va percorsa laddove abbiamo bisogno di evitare rapidamente dei decessi, ma ritengo che soprattutto si debba iniziare a lavorare sulle condizioni di vita, sociali, delle fognature e della situazione sanitaria di alcuni paesi. Come coniugate questo tipo di lavoro con lo sviluppo sociale dei paesi?

**ANTONIO ROTONDO.** Vorrei innanzitutto ringraziare il dottor Baker e il dottor McKinnon per il loro impegno in una causa così importante e per l'aiuto che forniscono ai lavori di questa Commissione.

Dottor Baker, qual è il rapporto che voi avete con le istituzioni italiane per sviluppare il progetto ospedali amici dei bambini?

Voi avete riscontrato sette realtà di eccellenza in tutta Italia. Vorrei capire se avete un rapporto diretto con le regioni oppure attraverso il Ministero. State cercando di attuare questo progetto in tutto il mondo, anche nei paesi in cui le strutture sanitarie sono particolarmente carenti. Comprendiamo bene il valore di un ospedale costruito ed organizzato per essere il più vicino possibile alle esigenze dei bambini, ma come si può abbinare questo aspetto con le terribili condizioni sanitarie di certi paesi?

Al dottor McKinnon vorrei fare un'altra domanda. C'è una differenza tra i paesi industrializzati che sviluppano il progetto GAVI e quelli che finanziano il Vaccine Fund? Perché solo alcuni paesi industrializzati erano indicati nell'elenco che lei ci ha mostrato (Francia, Stati Uniti e Canada)? Costituivano solo un esempio?

FABIAN MCKINNON, *Vicepresidente executive di GAVI/The Vaccine Fund*. Lei probabilmente si riferisce ai paesi segnalati in giallo, che in questo momento occupano il seggio a rotazione nel consiglio di amministrazione. Per esempio, la Francia ha appena preso il posto di un altro paese.

ANTONIO ROTONDO. Volevo chiederle ancora un chiarimento a proposito delle motivazioni in ragione delle quali si differenzia la proposta vaccinale nei vari paesi, in base alla percentuale di copertura per DTP: perché più propriamente non viene sfruttata la possibilità di ricorrere a vaccini più moderni, quelli esavalenti, per garantire, così, una copertura vaccinale completa?

PRESIDENTE. Vorrei anche io ottenere un chiarimento legato ad una discussione precedentemente svolta. Mi rivolgerò in particolare al dottor Baker, in ragione della sua attività di consulenza prestata per l'UNICEF: poiché la Commissione ha

avuto modo di affrontare anche la questione della sponsorizzazione fatta dalla Procter & Gamble all'UNICEF, quando si è parlato del progetto « Ospedale amico del bambino », mi chiedo come facciate, nel caso di una multinazionale che vi sponsorizzi — come in questo caso — un progetto, ad assicurarvi che la prima non sia implicata, per esempio, nel noto sfruttamento del lavoro minorile o in attività analoghe. Come scegliete i vostri partner privati?

Do la parola ai nostri ospiti per le repliche.

CHRISTOPH BAKER, *Consulente di UNICEF-Italia*. Ringrazio la Commissione che con queste domande ci consente di approfondire taluni aspetti particolarmente significativi su cui all'inizio del mio intervento, per ragioni di sintesi, ho ritenuto opportuno non soffermarmi. Occorre sottolineare che il progetto « Ospedale amico del bambino » ci offre un vantaggio rispetto alle normali attività di *advocacy*; esiste, infatti, un vero decalogo su cui lavorare e in grado di facilitare anche l'attività degli operatori competenti, tenuti a seguire un percorso articolato in *ten steps* ben determinati. Purtroppo, a livello internazionale, la questione della continuità terapeutica non ha avuto ancora, né a livello dell'Organizzazione mondiale della sanità né dell'UNICEF, lo stesso tipo di concretezza. Ma questo non significa che noi non facciamo *advocacy*, ovviamente.

Quanto alla domanda postami dalla presidente della Commissione rispondo che i nostri partner sono tutti, non possiamo decidere aprioristicamente per l'uno o per l'altro. Esistono partner anche a livello governativo, e le stesse regioni, che adesso hanno grandi responsabilità sull'indirizzo della spesa e nelle politiche del settore, sono divenute degli interlocutori sostanziali. Quanto agli operatori, ovviamente, esiste un rapporto di reciprocità con loro, e sono stati spesso i medesimi ospedalieri a chiamarci (non sempre il

primario ma anche le ostetriche o le caposala, che ritengono necessario il nostro intervento).

Ciò ci consente di avviare un certo meccanismo teso ad approdare al riconoscimento che non soltanto è relativo ad un lavoro svolto ma è pure presupposto di un lavoro da svolgere anche per il futuro. Una volta che l'ospedale ha ottenuto il riconoscimento dovrà lavorare per farselo riconfermare nel prosieguo. In questo senso, noi svolgiamo anche un lavoro di accompagnamento. Il momento in cui le prime sette realtà hanno ottenuto il riconoscimento ha corrisposto ad una fase preliminare e sperimentale del nostro progetto, che stavamo lanciando in Italia. Abbiamo anche riscontrato forti perplessità sul fatto che in questo paese avrebbe potuto essere difficile intraprendere un'iniziativa di questo genere; ciononostante siamo intervenuti e abbiamo potuto verificare l'esistenza di realtà che hanno già raggiunto gli standard richiesti, mentre molte altre sono vicinissime a farlo. Quindi, alla luce di ciò, possiamo ricavare un segnale di ottimismo; del resto, anche nella letteratura del settore ho notato negli ultimi cinque anni un chiaro incremento di qualità; le informazioni rese all'opinione pubblica sono sempre più esatte, e sempre meno confusioni vengono fatte a proposito del momento in cui si debba, ad esempio, iniziare l'allattamento. Direi, pertanto, che la massa critica sta crescendo e quindi resta molto importante l'appello che noi rivolgiamo ad un'istituzione come questa, cioè quella di accompagnare — anche con gli strumenti in vostro possesso —, un percorso teso ad una maggiore chiarezza in materia e uniformità di informazione.

Quanto, poi, alla questione delle percentuali, come anche quella relativa ai ricoveri inappropriati, noi abbiamo un problema — e perciò rivolgiamo un appello in questo paese — di statistiche, di rilevamenti. In ogni caso, raccomando di acquisire il rapporto sul percorso-nascita elaborato dall'Istituto superiore di sanità, presentato ieri, che costituisce un primo approccio teso a fornire, in modo scientifico, le prime indicazioni riguardo ai

fenomeni considerati. Il rapporto rappresenta un modello di partenza per avere un quadro completo complessivo; in ogni caso, consiglio e suggerisco di chiedere, nelle sedi appropriate, che siano utilizzate metodologie adeguate di raccolta di informazioni, diversamente non si avrà la possibilità di disporre di un panorama generale del settore e di comprendere se certi fenomeni variamente registrati costituiscano o meno espressione di un *trend* complessivo. Siamo anche noi imparando a muoverci in questo mondo dell'ospedalizzazione patologica dei bambini, contesto nel quale esistono comunque delle realtà « di qualità », accanto a cui, però, riscontriamo anche casistiche in direzione opposta.

Rivolgo anche un altro appello, poiché per fare il nostro lavoro in modo adeguato è necessario disporre della dotazione strumentale idonea, che non può essere coperta dal nostro comitato. A proposito, poi, della spesa, mi si è precedentemente chiesto come possiamo intervenire in determinate realtà, quando il paese di riferimento è povero e privo di mezzi, strutture ed ospedali: io rispondo che esiste un paradosso. L'allattamento al seno, infatti, non costa, richiede strutture leggerissime e un forte investimento sulla formazione del personale. Infatti, stranamente, in quel caso si nota che la minore dotazione tecnologica non costituisce di per sé un reale ostacolo. Quello che realmente è importante garantire è l'esistenza di luoghi dove alla madre e al figlio sia assicurato un percorso-nascita adeguato, con un messaggio univoco. In tale contesto, si può anche introdurre brevemente la questione dell'allattamento con il latte artificiale: per quei paesi, il ricorso al latte artificiale significa dipendenza economica insostenibile; basti pensare alla cifra esorbitante necessaria per acquistare questo prodotti in un paese come il Burundi, equivalente ad uno stipendio mensile degli abitanti di quel paese.

In proposito, vorrei ricordare l'esistenza del codice OMS sui surrogati del latte, che era anche stato recepito con legge italiana nel 1994. Contestando l'ac-

cosa, spesso rivoltaci, che le campagne promosse siano ideologicamente contrarie all'industria del latte, rispondiamo solamente che esiste un codice internazionale, risalente al 1980, che deve essere rispettato. E noi non possiamo intrattenere un rapporto con una ditta multinazionale o nazionale che lo violi.

Per rispondere alla domanda della presidente, dico che l'UNICEF ha una politica molto precisa sul rapporto con chiunque voglia sponsorizzare o sostenere i suoi programmi. Noi controlliamo il *curriculum* di queste industrie. Certamente, esistono alcune industrie con cui non abbiamo nulla a che fare (si pensi all'industria del tabacco, delle armi o delle bevande alcoliche), però, sui casi particolari, dobbiamo guardare al loro percorso e verificare la loro condotta, tenendo conto non solo dell'esistenza di eventuali violazioni per il progresso ma anche di successive correzioni di rotta.

Si può anche arrivare, quindi, a riconoscere affidabilità ad una compagnia o ad una azienda che hanno recepito certe indicazioni. Però, si tratta di un discorso non astratto, ma mirato a garantire la tutela degli interessi della madre e del figlio; se si considerano tali aspetti in quell'ottica, allora si fa un investimento sul futuro. Anche se non in Italia — nuovamente, per mancanza di statistiche —, in altri paesi hanno condotto taluni studi sul risparmio della spesa sanitaria nazionale ascrivibile all'allattamento al seno; ciò, sia in paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo. Ad esempio, per quanto riguarda i tagli cesari, la media italiana è molto superiore al resto d'Europa e del mondo industrializzato, ma ciò comporta un costo: fare un taglio cesareo costa. Uno studioso della regione Campania ha mostrato che, come si suol dire, in tempi di vacche magre, evitando il 10 per cento dei tagli cesari in ospedale, le risorse potrebbero essere destinate alla formazione del personale. Anche in questo senso, dunque, andrebbero indirizzati le ricerche e l'approfondimento.

TIZIANA VALPIANA. Vorrei sapere quanti sono, nel mondo, i paesi in cui vige il programma « Ospedali amici dei bambini » e quanti sono all'incirca tali ospedali.

CHRISTOPH BAKER, *Consulente di UNICEF-Italia*. Il progetto, in questo momento, si svolge in 130 paesi, inclusi i paesi industrializzati, quindi, una notevole percentuale; sono più di 15.000 gli « Ospedali amici dei bambini ». È, però, una statistica che deve essere aggiornata; infatti, come dicevo dianzi, effettuiamo delle nuove valutazioni. Speriamo, ovviamente, di non dover mai, per così dire, togliere la targa; però, per fare una battuta di spirito, devo dire che entriamo sempre in ospedale con il cacciavite in mano! Infatti, l'assegnazione della qualifica in questione non viene acquisita per sempre.

FABIAN McKINNON, *Vicepresidente executive di GAVI/The Vaccine Fund*. Comincio col rispondere alla domanda che mi sembra sia stata formulata dall'onorevole De Franciscis. Circa la disponibilità dei frutti che potrebbero scaturire da questo sforzo della ricerca, essi, nel modo più assoluto, sono disponibili attraverso i partner, ovvero specificamente l'OMS e l'UNICEF. Però, come già indicato, ciò dipende da dove provengono i prodotti della ricerca, se da un istituto specifico che agisce al di fuori dell'OMS o se, invece, da appalti assegnati alla ricerca in seguito ad un concorso; per esempio, la ricerca accelerata per il rotavirus o il pneumococco: due istituzioni che operano in base ad appalti svolti nell'ambito del processo GAVI. In ogni modo, sono disponibili attraverso i partner.

Circa gli impedimenti culturali, indiscutibilmente sussistono, e immagino sussisteranno ancora per molto tempo, ostacoli di ogni indole, anche culturale e antropologica; la GAVI, in primo luogo cerca — come ha fatto l'UNICEF e, per molti anni, l'OMS — di gestire la vicenda a livello comunitario (che è, tipicamente, l'unico modo reale di risolvere questi nodi) e di farlo con autorità locali. Locali si-

gnifica non solamente statali, ma comunitarie; normalmente non si riscontrano, internazionalmente, difficoltà che siano statisticamente significative. Vi sono delle caratteristiche, in certe parti di un paese o di un altro, che possono creare problemi ma non che militino in modo drammatico contro l'immunizzazione.

Quanto alle iniziative di allattamento, come si sa, è l'UNICEF ad essere sempre stato il grande campione, almeno nell'ambito multilaterale, in questo campo; continua ad esserlo nel seno della alleanza GAVI. Non esistono uffici GAVI sul territorio; i programmi GAVI vengono attuati attraverso i partner che sono sul territorio. Infatti, vengono disegnati e attuati per mezzo di un comitato consultivo di coordinamento locale: Governo, ONG e partner GAVI che siano *in situ*: Banca mondiale, UNICEF, OMS ed altri attori che possano essere rilevanti. Dunque, il coordinamento, per quanto riguarda sia l'allattamento sia altre attività, non solo di pianificazione familiare ma in generale di salute riproduttiva e sessuale, viene svolto in quel contesto.

Per quanto riguarda la scelta dei partner, ambito nel quale potrebbero sorgere conflitti di natura etica, il Vaccine Fund, nel suo ruolo di agente finanziario — e dunque, per quanto riguarda gli investimenti — e GAVI per quanto riguarda la scelta dei partner, ambedue prendono molto sul serio tale aspetto. In questo momento, in ogni modo, non vi sono, a livello di società private partner che potrebbero dare luogo ad inquietudini di natura etica. I partner più importanti operano nell'industria dei vaccini; poi, vi è Vodafone, con una piccola iniziativa di contributi finanziari. Per il resto, per quanto riguarda GAVI e Vaccine Fund, non vi sono altre aziende che siano partner o che contribuiscano.

L'introduzione di nuovi vaccini è relativa a vaccini approvati dall'OMS per l'utilizzazione nei paesi già industrializzati; dunque, certamente non si tratta di introdurre o di incoraggiare l'introduzione di vaccini che non siano stati approvati e collaudati nelle società del nord.

Per i nuovi vaccini, si pone anzitutto il profilo del costo; i vaccini che sono meno maturi sono molto più cari. In secondo luogo, si pone la questione delle capacità umane: l'infermiera del villaggio del Mali, che è abituata a curare il morbillo, non necessariamente è capace di seguire un protocollo differente. Quindi, tale soluzione, anche se può essere vantaggiosa, pone delle sfide aggiuntive.

Quanto alla domanda dell'onorevole Valpiana sulla politica mondiale dei vaccini e sullo sviluppo sociale, non so se l'ho ben compresa. Onorevole Valpiana, potrebbe riformularla?

TIZIANA VALPIANA. Forse non è neanche una domanda la cui risposta compete a voi quali rappresentanti delle istituzioni oggi audite. Mi chiedo se, anche rispetto alla questione vaccinale nel mondo, vi sia un'equa distribuzione di risorse. Considero il vaccino una strada « corta » per la salute e per l'emergenza; ma evidentemente, se avessimo il tempo di intraprendere altre strade, potremmo anche seguire soluzioni più durature e via dicendo.

Mi chiedo se abbia senso, nel mondo occidentale — progredito e avanzato dal punto di vista igienico e sanitario —, continuare ad utilizzare alcune risorse che potremmo impiegare con maggiore profitto in altre parti del mondo; per esempio, per quanto riguarda l'Italia, penso all'obbligatorietà di alcuni vaccini. Chiederei, dunque, a questo riguardo, una valutazione da parte loro.

ANTONIO ROTONDO. Vorrei solo ricordare la domanda fatta in precedenza riguardante la proposta vaccinale a seconda della copertura vaccinale.

FABIAN McKINNON, *Vicepresidente executive di GAVI/The Vaccine Fund*. In quel caso si tratta di ottimizzare i fondi disponibili, cercando di creare una gerarchia dei bisogni nella categoria tripartita; in secondo luogo bisogna indirizzarsi, oltre che sui paesi che hanno esigenze di copertura vaccinale, su quei paesi che hanno

una massa critica di capacità di assunzione e sono dunque esclusi da appoggi per l'infrastruttura, non perché l'infrastruttura sia di lusso ma piuttosto perché si stima che vi sia una massa critica per avviare l'introduzione dei vaccini, mentre magari altri paesi hanno bisogno di tutto il contributo complessivo.

Tornando alla domanda sui donatori, la Fondazione Bill and Melinda Gates che quattro anni fa fece una donazione di 750 milioni di dollari, si appresta, a gennaio 2005, a prendere in considerazione un'altra donazione. Alla fondazione non interessa fornire soltanto una iniezione finanziaria all'ente, vuole invece dinamizzare un processo che attiri altri fondi dai paesi occidentali e contemporaneamente attiri l'attenzione politica dei paesi meno sviluppati sull'importanza dell'immunizzazione. Nonostante il lavoro eroico compiuto dall'UNICEF nel dopoguerra l'immunizzazione ha visto una deteriorizzazione degli indicatori abbastanza notevole a cavallo degli anni ottanta. Per una serie di fattori abbastanza complessi si può constatare come i tassi di copertura immunitaria sono andati scemando, senza eccezioni, in tutti i paesi del mondo.

Per quanto riguarda i governi, la Norvegia con i suoi 4 milioni di abitanti ha dato un contributo di 100 milioni di dollari, Paesi Bassi e Stati Uniti hanno dato 68 milioni di dollari; hanno poi contribuito in varia misura Regno Unito, Danimarca, Svezia, Canada e Francia, ultima entrata 9 mesi fa. In tutto è stato raccolto un miliardo e 157 milioni di dollari. Lascero poi alla segreteria della Commissione un appunto dove sono indicate le cifre nel dettaglio.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Prima della conclusione dell'audizione vorrei porre un'ultima domanda: sono paragonabili i dati del Burkina Faso con quelli dell'Italia? Quando prima ha parlato della copertura nel Burkina Faso partiva da dati statistici comparabili con quelli di un paese industrializzato come l'Italia?

FABIAN MCKINNON, *Vicepresidente executive di GAVI/The Vaccine Fund*. In sostanza vorrebbe sapere se la fisionomia degli indicatori che abbiamo per il Burkina Faso è comparabile con gli indicatori italiani?

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Sì. Poiché abbiamo aree nel nostro paese nelle quali abbiamo ragione di credere che questa copertura non è eccellente, pur essendo l'Italia uno dei paesi più industrializzati nel mondo, potreste aiutarci fornendoci degli elementi che, a parità di « cattive » informazioni statistiche, possano consentire come indicatori di cercare di capire dove mandare i nostri bambini?

IVONE RIZZO, *Rappresentante di GAVI/The Vaccine Fund*. Poiché GAVI fornisce una ricompensa equivalente a 20 dollari per ogni bambino in più che viene vaccinato, ha bisogno di sapere quanti sono stati i bambini vaccinati in più quest'anno rispetto all'anno precedente. La valutazione si basa sul sistema informativo nazionale. Noi non usiamo sistemi alternativi o paralleli a quello nazionale; in tal modo si è venuto a creare un *data quality audit*. Si tratta di un gruppo di revisori di dati. Così come esistono i revisori contabili, GAVI, anziché i conti finanziari, controlla i dati di programmazione e di vaccinazione dal momento della vaccinazione sino al momento in cui arrivano a livello nazionale e vengono consolidati. Questa metodologia è stata impostata dall'OMS. Viene poi dato un indice, che si chiama *verification factor*, ossia il fattore che indica se il sistema informativo del paese sia o meno adeguato rispetto ai dati che fornisce. Ci sono alcuni paesi che hanno un sistema informativo buono e altri no. In tal caso vengono date delle indicazioni per migliorarlo. Il contributo per bambino può essere dato solo quando il sistema informativo viene riconosciuto adeguato.

Quindi si tratta di un sistema per incentivare le vaccinazioni e fornire dati veritieri. Non so se questo sistema possa essere applicato in Italia, ma ci siamo accorti che aiuta molti paesi a migliorare

il loro sistema informativo: è un metodo diagnostico che permette ai paesi di capire dove devono migliorare e cosa cambiare.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. In precedenti audizioni abbiamo già posto il problema di come incentivare, non necessariamente economicamente, la rete di operatori sanitari che abbiamo sul nostro territorio per superare quello che, anche questo pomeriggio, emerge come il problema principale. In Italia, nonostante tutto, c'è una diffidente relazione tra gli operatori sanitari e il sistema sanitario pubblico, per cui sono demotivati a fornire dati a un terminale o in un questionario, forse perché gli operatori non sentono di avere una pronta e utilizzabile risposta o perché non sono incentivati. Con la collega Valpiana, in uno scambio di battute, abbiamo immaginato di poterlo fare attraverso i crediti formativi, con un sistema tale che se l'operatore sanitario è un'attenta sentinella della salute pubblica incentivandolo per la sua quota parte all'aggiornamento obbligatorio cui deve prestarsi nell'anno, è possibile che finalmente in Italia avremo una migliore lettura dei dati epidemiologici (incidenze e prevalenza di malattie infettive), sulla base dei quali adottare le nostre decisioni politiche in materia di immunizzazione.

Alla fine di quest'ultima appendice che la presidente nella sua cortesia ha consentito, io francamente non so se percentualmente ci sono più casi di morbillo in

Italia, in Burkina Faso o in Campania. Francamente non lo so. Questa cosa mi preoccupa come parlamentare della Repubblica italiana, e naturalmente mi lascia ben sperare il fatto che ci sia questa comunità internazionale più vasta; capisco però che abbiamo una difficoltà della lettura dei dati epidemiologici e quindi della salute pubblica.

CHRISTOPH BAKER, *Consulente di UNICEF-Italia*. In questo lavoro empirico svolto negli ultimi cinque anni ho notato che ci sono dei grossi divari tra le regioni d'Italia. Per esempio in Alto Adige il libretto pediatrico comporta anche una statistica sull'allattamento al seno. Credo sia l'unica in Italia, anzi anche la Campania adesso ha aderito a questa iniziativa. Si tratta di un sistema da integrare e non da inventare totalmente.

PRESIDENTE. Vi ringrazio per la vostra partecipazione e dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 16,40.**

---

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

DOTT. VINCENZO ARISTA

---

*Licenziato per la stampa  
il 18 novembre 2003.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 0,26

*Stampato su carta riciclata ecologica*



\*14STC0009750\*