

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 288

INDAGINE CONOSCITIVA SUL FENOMENO DELL'ENDOMETRIOSI COME MALATTIA SOCIALE

4° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 21 SETTEMBRE 2005

**Presidenza del presidente TOMASSINI
indi del vice presidente MASCIONI**

I N D I C E

Audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Sestini, di un rappresentante del Ministero per le pari opportunità e del direttore generale dell'AIFA

PRESIDENTE:		
* – TOMASSINI (FI)	Pag. 3, 6	* MARTINI Pag. 4, 6
– MASCIONI (DS-U)	11	LUCARELLI 8
DI GIROLAMO (DS-U)	6	
* BIANCONI (FI)	6, 10	
TREDESE (FI)	6	
SESTINI, sottosegretario di Stato per il la- voro e le politiche sociali	7	

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti Democratici Italiani-Unità Socialista: Misto-SDI-US; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono la senatrice Grazia Sestini, sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali, la dottoressa Paola Lucarelli, vice capo del settore legislativo del Ministero per le pari opportunità ed il professor Nello Martini, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

Presidenza del presidente TOMASSINI

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Sestini, di un rappresentante del Ministero per le pari opportunità e del direttore generale dell'AIFA

* PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul fenomeno dell'endometriosi come malattia sociale, sospesa nella seduta del 27 luglio 2005.

Ricordo preliminarmente che quest'indagine conoscitiva, avviata nel luglio scorso, ha già segnato un evento importante costituito da una missione all'estero che ci ha consentito di visitare alcuni centri di alta operatività e di essere presenti a un congresso internazionale tenutosi a Maastricht.

Mi scuso anticipatamente con gli auditi, in quanto alle ore 15 dovrò lasciare la presidenza al vice presidente Mascioni, avendo assunto precedentemente un impegno.

È oggi in programma l'audizione della senatrice Grazia Sestini, sottosegretario di Stato del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, della dottoressa Paola Lucarelli, vice capo del settore legislativo del Ministero per le pari opportunità e del professor Nello Martini, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), accompagnato dalla dottoressa Chiara Brutti, della segreteria tecnico-scientifica del direttore generale, e dalla dottoressa Veronica Gori.

L'audizione inizierà in ordine inverso rispetto all'elenco appena fatto, in quanto, scusandomi con gli altri intervenuti, darò per primo la parola al professor Martini, che dovrà recarsi con me alla riunione prevista alle ore 15.

* *MARTINI*. Ringrazio il Presidente e i componenti della Commissione dell'opportunità offertami. Concordo sulla rilevanza della patologia oggetto dell'indagine conoscitiva e sull'importanza che riveste non solo dal punto di vista della dimensione assistenziale, ma anche sotto il profilo dell'impatto sociale alla stessa connesso.

Una brevissima parentesi: l'indagine conoscitiva sull'osteoporosi alla quale lo scorso anno l'Agenzia del farmaco ha avuto l'opportunità di partecipare ha prodotto una risposta positiva relativamente alle decisioni assunte in termini di disponibilità di farmaci e di rimborsi. In altri termini, tra l'attività dell'indagine conoscitiva e gli atti che incidono direttamente sui prezzi e sui rimborsi si è verificata una continuità a mio avviso importante di collegamento tra l'attività istituzionale e quella regolatoria dell'Agenzia. Non solo abbiamo modificato una nota riguardante la prevenzione dell'osteoporosi, ma stiamo procedendo a verificare la possibilità, scaturita nell'ambito dell'indagine conoscitiva, di applicare le carte di rischio per la prevenzione primaria e secondaria dell'osteoporosi, non considerando solo il dato relativo alla densitometria ossea. Tengo a sottolineare quest'aspetto per evidenziare la sinergia che vi è stata tra l'attività svolta nell'ambito dell'indagine della Commissione e le decisioni regolatorie correttamente assunte dall'Agenzia italiana del farmaco.

Per quanto riguarda l'endometriosi, nella documentazione inserita agli atti della Commissione e distribuita ad ognuno dei presenti troverete copia di un volume intitolato «Clinical evidence», al cui interno è presente uno specifico capitolo dedicato a tale patologia. Ho ritenuto opportuno inserire questa documentazione perché, tre anni fa, abbiamo raggiunto un accordo con la British medical association in base al quale, ogni anno, vengono inviate contemporaneamente l'edizione italiana del volume a tutti i medici italiani di medicina generale e a tutti gli specialisti e quell'inglese a tutti i *general practitioner* del National Health Service della Gran Bretagna. Questo testo, riassume sostanzialmente in schede, le evidenze, da un punto di vista diagnostico-terapeutico, delle sperimentazioni cliniche condotte per tutte le più importanti patologie.

Un capitolo del volume, che come dicevo poc'anzi è stato inviato a tutti i medici italiani, riguarda proprio l'endometriosi. Ma abbiamo assunto anche un'altra iniziativa: come *provider* del Ministero della salute abbiamo attivato la cosiddetta formazione a distanza. Un medico, dal proprio domicilio, può collegarsi al sistema informatico, scegliere una delle patologie indicate nel testo, analizzare l'area domande e risposte e, se arriva alla fine del percorso diagnostico terapeutico coerentemente con i dati documentati in «Clinical evidence» riceve crediti formativi. L'iniziativa ha avuto un successo inaspettato anche per chi l'ha promossa, ed ha fatto registrare in tre mesi 14.000 iscrizioni, soprattutto di medici di medicina generale. Inoltre, con il completamento del percorso formativo, sono stati attribuiti 164.000 crediti: è come se fossero stati organizzati a domicilio 150 congressi con 100 medici di medicina generale e si fossero attribuiti a ciascuno di essi 8 crediti per la partecipazione. Preciso quest'aspetto perché l'endometriosi, ancorchè all'interno di Clinical evidence, non figura an-

cora tra i percorsi formativi di ECCE. Se condividiamo tale impostazione, sulla base delle indicazioni che saranno fornite, potrebbe esservi inserita. Si tratterebbe di una iniziativa importante perché lega la formazione al processo di educazione continua dei medici.

L'altro assetto che portiamo all'attenzione della Commissione nell'ambito dell'indagine conoscitiva è costituito dai dati di consumo e di spesa dei farmaci indicati per il trattamento (non elettivo) dell'endometriosi (dalle relin ad altri tipi di farmaco): per l'endometriosi la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale è stata nel 2004 di circa 128 milioni di euro, importo di rilievo. Mi corre però l'obbligo di ricordare che tali farmaci sono indicati non solo per l'endometriosi ma anche per altre patologie. Sottolineo questo punto per fornire un parametro che noi abbiamo poi tradotto anche in termini di dosi prescritte dal medico al fine di ottenere un indicatore dell'esposizione ai suddetti farmaci. Abbiamo effettuato tale analisi sia per ciò che riguarda la spesa ospedaliera che quella territoriale. In ospedale la spesa per questi farmaci è minore trattandosi soprattutto di una terapia, una prescrizione domiciliare *long term*.

Un altro dato importante è ricavato dall'Osservatorio nazionale sulle sperimentazioni cliniche (OsSC), presente presso l'Agenzia italiana del farmaco. Ogni volta che un ospedale approva un protocollo di una sperimentazione clinica, con qualsiasi farmaco e per qualunque patologia, tale protocollo viene inviato all'Agenzia italiana del farmaco. Tutti questi dati, dall'anno 2000 fino a ieri, sono riversati in una banca dati che si chiama Osservatorio nazionale sulle sperimentazioni cliniche. Di conseguenza, siamo in grado di sapere quali farmaci vengono sperimentati e per quali patologie. Utilizzando la parola chiave «endometriosi» abbiamo estratto le sperimentazioni con farmaci condotte nello specifico settore. Da quest'estrazione, che è in fase di prima approssimazione, è emerso un basso numero di sperimentazioni cliniche (4-5). Va però precisato che tali sperimentazioni sono state effettuate con farmaci commercializzati poco prima del 2000. Di qui la necessità di una ricerca ulteriore sul tema per evidenziare meglio gli aspetti eziopatologici e le linee guida delle terapie chirurgiche e farmacologiche.

Signor Presidente, ho cercato di essere molto sintetico anche perché la documentazione che ho consegnato agli atti consentirà un'analisi più puntuale su tali tematiche e segnatamente sugli aspetti contenuti in Clinical evidence. Mi riferisco in particolare alla possibilità di inserire l'endometriosi nell'ambito della formazione a distanza dei medici di medicina generale e degli specialisti, ai dati di consumo e di spesa relativi agli ospedali e al territorio per i farmaci che non hanno esclusivamente tale indicazione nonché ai dati dell'Osservatorio nazionale sulle sperimentazioni cliniche. Unitamente alla programmazione stiamo elaborando anche i dati sulle dimissioni ospedaliere relative a patologie di endometriosi principale o secondaria.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Professor Martini, i dati da lei richiamati evidenziano una certa diminuzione nel consumo dei farmaci. È difficile pensare ad un uso improprio essendo i farmaci alla base della sua valutazione molto specifici. Fatta questa premessa, è ipotizzabile un uso esteso di tali farmaci a seguito di diagnosi probabilmente non confermate in precedenza o piuttosto un aumento del ricorso a soluzioni chirurgiche?

* BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, prendendo spunto dal ragionamento del collega Di Girolamo, vorrei capire meglio la ragione di questa riduzione nel consumo dei farmaci.

* PRESIDENTE. Come abbiamo ascoltato a Maastricht, non esiste più un'indicazione terapeutica per utilizzare farmaci specifici nelle misure e nei metodi con cui venivano utilizzati prima.

* BIANCONI (*FI*). A mio giudizio i dati riferiti non rappresentano una fonte di riferimento ai fini dell'indagine sull'endometriosi, atteso che la diminuzione registrata nel consumo di questi farmaci è relativa ad altre patologie.

È invece molto interessante quanto riferiva il professor Martini, sulla formazione continua, in merito alla quale gradirei avere maggiori delucidazioni, trattandosi di una problematica di cui siamo venuti a conoscenza a Maastricht. Si arriva tardivamente alla diagnosi (a volte dopo nove-dieci anni), a volte dopo ripetuti interventi chirurgici dovuti propria alle difficoltà diagnostiche. Nella formazione a distanza dei medici pensate di coinvolgere anche i ginecologi e i pediatri che rappresentano le figure che possono, in prima istanza, capire la sintomatologia; si pensi, ad esempio, ai primi disturbi premenstruali e mestruali.

TREDESE (*FI*). Professor Martini, ci siamo resi conto che le terapie attualmente a regime non sono così efficaci e che, purtroppo, per molte pazienti il calvario non finisce mai. Disponete di dati recenti in merito a nuovi approcci che possano in qualche modo risultare utili?

* MARTINI. Quanto alla domanda posta dal senatore Di Girolamo e ripresa dalla senatrice Bianconi, interpreto il calo dei consumi come un *trend* che accompagna la variazione delle linee guida per il trattamento di tale patologia. Alcuni farmaci venivano indicati come prima scelta senza tener conto in prima istanza dei profili relativi alla *safety*. Oggi, le linee guida del trattamento dell'endometriosi sono state modificate; conseguentemente, il calo va rapportato a tale variazione.

Il mio auspicio è che sulla base dei risultati di quest'indagine conoscitiva, si possa addivenire alla definizione di linee guida consolidate e condivise che individuino un percorso formativo per i medici di medicina generale e degli specialisti che focalizzi il punto più critico di tale patologia che è quello della diagnosi precoce.

Il senatore Tredese ha chiesto se nell'ambito delle sperimentazioni cliniche preregistrative alcune molecole o principi attivi possono eventualmente aprire nuove strade. Al momento mi sembra di no, almeno a quanto risulta dal nostro Osservatorio. Siamo comunque in collegamento con il NICE (National institute for clinical excellence), che è l'istituto inglese che raccoglie i dati relativi non solo alle sperimentazioni cliniche approvate ma anche a quelle in fase 1 sulle molecole che si stanno mettendo a punto. Speriamo quindi di fare il punto della situazione quando verificheremo se nelle nuove molecole che saranno messe in *pipeline* dalle varie aziende a livello internazionale vi sarà qualche novità. I dati ottenuti saranno poi trasmessi alla Commissione rivestendo un carattere particolarmente interessante in vista della valutazione delle prospettive future.

Presidenza del vice presidente MASCIONI

SESTINI, *sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali*. Signor Presidente, mi attengo agli aspetti relativi alle manifestazioni di tale patologia sul piano lavorativo, perché credo che tutte le altre tematiche siano state ampiamente discusse in altre audizioni o su pubblicazioni scientifiche comunque illustrate in questa sede.

In premessa faccio presente che la nostra direzione generale ha svolto una ricerca sulle condizioni di lavoro, pur non avendo una competenza specifica. Non essendo questa malattia effetto di particolari condizioni di lavoro, al Ministero del lavoro in quanto tale non risultano le evidenze di tale patologia. Abbiamo effettuato una verifica anche presso l'INPS, l'INAIL e l'Istituto di medicina sociale, che è connesso al Ministero ma con cui questa Commissione potrebbe avere interesse ad interloquire in modo autonomo. All'INPS non risulta per ora – e lo sottolineo perché ci sarà un cambiamento – nessuna erogazione a nessun livello, quindi né assegno ordinario di invalidità, né pensione di inabilità, né indennità per malattia connessa all'endometriosi. Si sta parlando di una platea amplissima come può essere quella dell'INPS che gestisce circa 12 milioni di certificati di malattia l'anno riferibili a circa 8 milioni di eventi patologici. Ciò non toglie che, a tutt'oggi, per problemi organizzativi dell'INPS non si riesce ancora a disporre di un quadro completo su tutte le patologie. Poiché tale quadro sarà disponibile nei mesi a venire, invito la Commissione a farsi parte diligente presso l'INPS come faremo anche noi, visto l'interesse emerso su questa specifica patologia.

Nei mesi a venire, infatti, sarà a regime la trasmissione telematica della certificazione per malattia, nell'ambito della quale è previsto obbligatoriamente l'inserimento del codice statistico delle patologie OMS-ICD9, che è quindi molto più dettagliato. In quell'occasione sarebbe interessante chiedere, se non fosse stato già previsto, l'esplicito inserimento di

tale patologia, che può probabilmente portare a pensionamenti anticipati, ad assegni di malattia o addirittura d'invalidità.

L'INAIL ci ha risposto attraverso la presentazione di una tabella – che ritengo non molto interessante vista l'esiguità dei numeri in essa riportati – relativa alle malattie professionali che vanno dal 1994 al 2001. I risultati sono estremamente altalenanti: negli anni 1994 e 1995 i casi sono rispettivamente 13 e 12; negli anni 1996 e 1997 2 e 4; 7 sono i casi registrati nel 1998, 2 nel 1999, 11 nel 2000 e 4 nel 2001.

Ripeto, si tratta di dati minimi che non possono costituire una statistica interessante. È naturale, però, che possano risentire di quanto ho prima menzionato, vale a dire che l'endometriosi non è né una malattia professionale né una malattia indotta da particolari condizioni di lavoro o da incidenti sul lavoro.

L'Istituto di medicina sociale è in possesso di una documentazione (consultabile sul suo sito) dal punto di vista scientifico e, quindi, di analisi del problema.

Esaminati i dati testé citati e il lavoro compiuto dalla Commissione, è indubbio che la patologia in questione ha influssi pesanti sulle condizioni di lavoro, sulle assenze dal posto di lavoro e conseguentemente nell'ambito degli assegni di malattia e di invalidità. Pertanto, plaudo all'iniziativa della Commissione di aver avviato l'analisi di una patologia che molti conoscono, ma di cui alla maggior parte sfugge la rilevanza sociale. Il Ministero offre tutta la sua disponibilità ad affrontare con la Commissione la materia e soprattutto ad avere un'interlocuzione con l'INAIL e con l'INPS per quanto ho testé riferito.

LUCARELLI. Onorevoli senatori, desidero innanzi tutto ringraziare il Presidente e tutti i componenti della Commissione per quest'audizione sul fenomeno dell'endometriosi come malattia sociale.

Il Ministero per le pari opportunità, per i propri compiti istituzionali e per l'indirizzo politico che il ministro Prestigiacomo ha voluto dare nel corso del proprio mandato, non può che essere estremamente attento e sensibile rispetto a questa realtà, che è una vera e propria malattia cronica e invalidante che affligge la popolazione femminile (ben il 10 per cento secondo le rilevazioni statistiche più recenti).

La patologia in esame è però ancora poco conosciuta, difficilmente diagnosticabile (basti considerare che il tempo medio trascorso tra l'insorgenza della malattia e la diagnosi è di 9 anni) e perciò sottovalutata.

I dati in nostro possesso rivelano la scarsa conoscenza della malattia da parte non solo degli operatori sociali e sanitari ma anche delle donne di qualsiasi età. Molto spesso (quasi nel 66 per cento dei casi) alle donne affette da endometriosi è stata effettuata, inizialmente, una diagnosi diversa prima di ottenere quella corretta. E' chiaro che l'erroneità della diagnosi ha avuto come effetto quello di peggiorare non solo la condizione clinica della donna ma anche la qualità della sua vita.

È noto però che l'endometriosi è una malattia ad insorgenza spesso precoce, in età adolescenziale, che presenta una sintomatologia fortemente

debilitante, causa di dolore pelvico cronico, di infertilità, di sterilità e di gravi conseguenze sul benessere psicologico. L'infertilità è sicuramente una delle conseguenze più gravi dell'endometriosi e riguarda ben il 30-40 per cento delle donne con questa patologia.

Con quest'intervento non intendo e non posso affrontare approfonditamente gli aspetti medico-scientifici della malattia. È mio interesse, piuttosto, valutarne le conseguenze sociali e, più in particolare, cogliere i risvolti connessi al tema delle pari opportunità.

Alla luce di quanto esposto, l'endometriosi si è venuta a configurare come una patologia che comporta elevati costi in termini di salute fisica e psichica per la donna che ne è affetta. Oltre alla sofferenza fisica collegata alla sintomatologia, l'endometriosi genera rilevanti conseguenze anche nella vita sociale e di coppia, compromettendo i rapporti sessuali, le relazioni affettive ed influenzando negativamente anche l'attività lavorativa. Sotto quest'ultimo profilo si stimano, in Europa, 22 milioni di congedi l'anno legati a questa malattia.

Secondo uno studio europeo effettuato sul fenomeno, circa l'80 per cento delle donne affette dichiara di perdere 5 giorni lavorativi al mese a causa dei vari sintomi legati alla patologia; molte di esse hanno dovuto perfino modificare le modalità di svolgimento della propria attività lavorativa.

Desidero precisare che alcuni professori esperti del settore da noi contattati ci hanno indicato le varie ricerche che sono state nel tempo compiute. Cito tra tutti la professoressa Di Gennaro, la quale ha compiuto una ricerca molto approfondita ed accurata sulle conseguenze e sull'impatto sociale della patologia (purtroppo, si fa riferimento ad uno studio europeo e ad uno americano). Alcune tabelle di tale ricerca sono molto interessanti, in quanto fanno rilevare l'incidenza della malattia sul territorio nazionale.

Come è stato già evidenziato, il tempo che intercorre tra la decisione di ricorrere al medico per svolgere un primo accertamento e una diagnosi corretta può raggiungere i 9 anni.

È chiaro che la difficoltà di accertamento della malattia comporta spese di rilievo per la paziente che, fino a che non sarà in possesso di una diagnosi esatta, avrà impiegato le sue disponibilità economiche per curare o almeno affievolire sintomi di cui ancora non conosce la causa. Si fa presente inoltre che, una volta effettuata la giusta diagnosi, l'endometriosi si viene a configurare come una patologia particolarmente impegnativa a livello economico per la paziente. Oltre a tutti gli accertamenti, la terapia prevede, infatti, il trattamento chirurgico (nel corso della vita della paziente possono essere anche più di uno) e l'impiego di varie sostanze farmacologiche. Si tratta di cure lunghe e fastidiose che comportano vari effetti invalidanti, senza considerare le ricadute che non sono rare.

È certo, pertanto, che la malattia in esame ha costi umani, sociali, sanitari ed economici davvero impressionanti e, quindi, il Ministero per le pari opportunità la prende in debita considerazione, offrendo la sua piena disponibilità per eventuali ed ulteriori accertamenti e chiarimenti.

In una delibera del Parlamento europeo, in data 19 aprile 2004, i soli costi diretti ed indiretti, dovuti all'allontanamento delle lavoratrici dalle normali occupazioni a causa del dolore pelvico cronico, sono stati stimati in 22,5 miliardi di euro annui (solo considerando le pazienti residenti nell'area dell'Unione europea). Tali costi, per quanto ovvio, non includono quelli delle terapie mediche e chirurgiche.

Per concludere, considerata l'importanza delle implicazioni di carattere sociale ed economico connesse alla diffusione dell'endometriosi, si ritiene necessario incentivare e sostenere la ricerca scientifica e mettere in campo, oltre ai normali percorsi terapeutici-diagnostici, anche una serie di iniziative di informazione per prevenire, sotto forma di diagnosi precoce, l'insorgenza e la degradazione della malattia.

* BIANCONI (FI). Presidente, nel ringraziare entrambe le relatrici intervenute, vorrei sottolineare come non esistano punti di eccellenza in Italia e che l'endometriosi non sia stata stimata come una malattia sociale. Ciò impedisce la previsione di uno *screening* completo dal punto di vista diagnostico, chirurgico e farmacologico (abbiamo visto, infatti, che anche i dati a livello farmaceutico non sono soddisfacenti), nonché dal punto di vista sociale e lavorativo.

I dati raccolti a Maastricht evidenziano in Europa una stima di 30 milioni di euro di costo sociale, per l'allontanamento dal lavoro stimati in almeno cinque giornate. Ciò ci porta a ritenere che un decimo di questi costi sia relativo anche per l'Italia. Si tratta di un dato estremamente significativo anche se non so se questo porterà poi alla previsione di particolari assegni di invalidità. A fronte di questa situazione mi sembra inevitabile il coinvolgimento anche dei Ministeri economici.

Sono particolarmente contenta e soddisfatta della disponibilità data dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, anche attraverso le analisi dell'INPS e dell'INAIL, che sono i maggiori interlocutori. Chiedo poi un supporto anche al Ministero per le pari opportunità, trattandosi di una malattia sociale invalidante, socialmente molto dolorosa, che porta, tra l'altro, all'infertilità con i conseguenti costi sociali che ben conosciamo.

Da questo punto di vista ci rendiamo conto che quest'indagine conoscitiva apre una voragine che necessita di approfondimento. Ci si sta anche rendendo conto che la pochezza di dati su cui lavorare dipende dal fatto che ad oggi, in Italia, questo fenomeno non è stato valutato nell'ambito della ricerca. È nostro auspicio riuscire con quest'indagine conoscitiva ad invertire la marcia e a fornire risposte concrete in termini di diagnosi e cura precoci, anche in considerazione dei costi sociali e umani che tale patologia produce a carico delle donne.

* PRESIDENTE. Consideriamo l'intervento della collega Bianconi come una saggia ed esaustiva conclusione dei lavori odierni.

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

I lavori terminano alle ore 15,15.

