



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 14

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

AUDIZIONE DEL VICE MINISTRO PER IL LAVORO,  
LA SALUTE E LE POLITICHE SOCIALI FERRUCCIO FAZIO  
SULL'EMERGENZA SANITARIA CONNESSA  
ALLA DIFFUSIONE DELL'INFLUENZA A (H1N1)

109<sup>a</sup> seduta (antimeridiana): mercoledì 30 settembre 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione del vice ministro per il lavoro, la salute e le politiche sociali Ferruccio Fazio  
sull'emergenza sanitaria connessa alla diffusione dell'influenza A(H1N1)**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 8, 9 e <i>passim</i>
BASSOLI (PD) . . . . .	8
BIANCHI (PD) . . . . .	8
FAZIO, <i>vice ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali</i> . . . . .	3, 9
FOSSON (UDC-SVP-Aut) . . . . .	9
MARINO Ignazio (PD) . . . . .	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: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-IO SUD: Misto-IS; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.*

*Interviene, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, il vice ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Ferruccio Fazio.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,30.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Audizione del vice ministro per il lavoro, la salute e le politiche sociali Ferruccio Fazio sull'emergenza sanitaria connessa alla diffusione dell'influenza A(H1N1)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del vice ministro per il lavoro, la salute e le politiche sociali Ferruccio Fazio sull'emergenza sanitaria connessa alla diffusione dell'influenza A(H1N1).

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

Do subito la parola al vice ministro Fazio.

FAZIO, *vice ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.* Signor Presidente, onorevoli senatori, dall'aprile del 2009 sono stati riportati dal Messico casi di infezione nell'uomo causati da un *virus* influenzale nuovo per l'uomo, ma già conosciuto per la sua circolazione tra i suini. Si tratta di un *virus* influenzale di tipo A. Esso è ora denominato A-H1N1, dove «H» sta per emoglobuline, che sono parte del *coating* proteico del *virus* e «N» sta per neuroaminidasi.

Il *virus* si è rapidamente diffuso dal Messico agli Stati Uniti e poi a tutti i Paesi del mondo, determinando una pandemia, ovvero un'epidemia a rapida espansione determinata dall'assenza di immunità della popolazione.

Nel XX secolo si sono verificate numerose pandemie influenzali a intervalli variabili dai 10 ai 40 anni, causate sempre da *virus* nuovi rispetto a quelli circolanti. Ricordiamo la spagnola nel 1918-1919, causata da un *virus* H1N1, l'asiatica nel 1957-1958, un *virus* A-H2N2, l'Hong Kong nel 1968-1969, un *virus* A-H3N2, nonché una pandemia proveniente dai suini, anch'essa A-H1N1, negli Stati Uniti negli anni 1977-1978, per la quale fu avviata all'epoca una campagna vaccinale fino al suo esaurimento.

Il riscontro di un nuovo *virus* influenzale con potenziale pandemico ha subito allertato l'Organizzazione mondiale della sanità, che ha attivato i sistemi di sorveglianza già da tempo predisposti negli Stati membri. Dal

giugno del 2009 l'OMS ha dichiarato il livello più alto di allerta pandemico tra quelli esistenti, la Fase 6, il che significa presenza di trasmissione interumana in comunità di più Paesi di diversi continenti.

I dati forniti dai sistemi di sorveglianza dei diversi Paesi, oltre alla rapidissima trasmissibilità della nuova influenza, hanno evidenziato anche il suo riguardare giovani adulti precedentemente in buona salute – ricordo che solo il 3 per cento dei contagi è stato riscontrato in soggetti al di sopra dei 65 anni – a carico dei quali si verificavano anche più frequentemente le complicanze. Questo rappresenta un dato inusuale, in quanto normalmente l'influenza stagionale colpisce con maggiore frequenza le persone anziane e i bambini, cioè gli individui a ridotta immunità.

Si tratta di un elemento molto importante che sottopongo alla vostra attenzione, perché da questi dati si possono anche capire le motivazioni delle strategie vaccinali che il Governo ha adottato. Ribadisco, pertanto, che secondo i dati finora disponibili solo il 3 per cento di ultrasessantacinquenni è colpito da questa influenza.

Nonostante le misure di contenimento poste subito in essere da tutti i Paesi, l'influenza si è diffusa con maggiore rapidità rispetto alle precedenti pandemie, raggiungendo in sei settimane dimensioni che le altre avevano raggiunto in sei mesi, o anche più, a causa, probabilmente, della globalizzazione e dell'estrema rapidità dei flussi internazionali (viaggi aerei e via elencando).

A livello nazionale è stata immediatamente attivata, presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali un'unità di crisi, cui partecipano funzionari ministeriali, la Protezione civile, l'Istituto superiore di sanità, l'AIFA, la sanità militare, il Ministero dell'istruzione, il Ministero dell'interno e il Ministero degli affari esteri, nonché qualificati esperti scientifici nel campo delle influenze.

L'unità di crisi dall'inizio della pandemia si è riunita con cadenza pressoché settimanale. Anzitutto, ha attivato misure di sorveglianza e di contenimento: in particolare le reti dei medici sentinella (in numero di mille), dei laboratori virologici, dei ricoveri protetti, la sorveglianza in corrispondenza dei punti di ingresso internazionali e l'isolamento dei casi sospetti.

Successivamente, con ordinanza del Presidente del Consiglio dei ministri del 31 luglio 2009, è stata decisa la progressiva vaccinazione di almeno il 40 per cento della popolazione residente, oltre all'acquisto di ulteriori scorte di farmaci antivirali e di dispositivi di protezione, come, per esempio, le mascherine.

La strategia vaccinale è stata successivamente definita con ordinanza dell'11 settembre 2009 e verrà regolata ulteriormente a seguito dei commenti e dei pareri dell'Istituto superiore di sanità con un'ordinanza che emaneremo in data odierna o, al massimo, domani. Sono state definite secondo un ordine di priorità cronologica le categorie da vaccinare. Si tratta evidentemente di persone ritenute essenziali per il mantenimento della continuità assistenziale e lavorativa: personale sanitario e sociosanitario; personale delle Forze di pubblica sicurezza e della Protezione civile; per-

sonale del Corpo nazionale dei Vigili del fuoco e del Ministero dell'interno; personale delle Forze armate e il personale che assicura i servizi pubblici essenziali di cui alla legge n. 146 del 1990, e successive modificazioni, secondo piani di continuità predisposti dai datori di lavoro e dalle amministrazioni interessate. Si invita chi volesse avere informazioni più precise riguardo alle categorie interessate a fare riferimento alla suddetta legge. Fanno, inoltre, parte delle categorie individuate i donatori di sangue periodici, donne al secondo e al terzo trimestre di gravidanza, madri e persone che assistono lattanti sotto i sei mesi (che non possono essere vaccinati), i portatori di almeno una delle condizioni di rischio di cui vi parlerò a breve nel dettaglio e che sono definite nell'ordinanza dell'11 settembre, nonché soggetti fino a 24 mesi nati gravemente pretermine, bambini oltre i sei mesi che frequentano asili nido, minori che vivono in comunità e persone tra i sei mesi e i 17 anni, persone tra i 18 e i 27 anni.

Quali sono, in particolare, le categorie a rischio? Si tratta di quelle affette da malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio inclusa asma, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica, broncopneumopatia cronica ostruttiva; malattie dell'apparato cardiocircolatorio, comprese cardiopatie congenite; diabete mellito e altre malattie metaboliche; gravi epatopatie e cirrosi epatica; malattie renali con insufficienza renale; malattie degli organi emopoietici e emoglobinopatie; neoplasie; malattie che comportino carente produzione di anticorpi; immunosoppressione.

La consegna del vaccino pandemico alle Regioni, alle Province autonome e alle altre amministrazioni dello Stato avverrà non appena il vaccino sarà disponibile. Di fatto, abbiamo già disponibili 500.000 dosi di vaccino e riteniamo che la campagna vaccinale possa iniziare tra il 15 ottobre e il 1° novembre, quindi con un certo anticipo rispetto a quanto precedentemente dichiarato.

Proprio ieri, la Commissione dell'Unione europea ha autorizzato i vaccini della Glaxo e della Novartis (noi abbiamo, tra gli altri, quello della Novartis) e ha rilasciato la licenza di distribuzione per questi vaccini in 27 Paesi dell'Unione europea, oltre che in Islanda, Liechtenstein e Norvegia. Da oggi, quindi, la vaccinazione diventa possibile e pertanto inizieremo la distribuzione degli *stock* che ci arriveranno progressivamente.

Il Ministero, nel rispetto dell'autonomia organizzativa strutturale delle singole Regioni e Province autonome, ritiene che, anche alla luce dei risultati delle diverse campagne antinfluenzali realizzate negli ultimi anni, per il successo dell'attuazione del programma di vaccinazione pandemica – è evidente che non è un'operazione banale una vaccinazione di massa – i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta siano tra le figure professionali idonee ad assicurarne lo svolgimento e ne auspica il coinvolgimento. Comunque, demanda alle Regioni l'organizzazione della campagna vaccinale. In altre parole, le Regioni possono utilizzare o non utilizzare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Questo aspetto sarà oggetto di una circolare, che verrà emanata nei prossimi giorni, entro la fine della settimana, indirizzata appunto alle Regioni.

Nel contempo, ai fini della corretta gestione dell'influenza in ambito scolastico, in data 18 settembre, è stata emanata una circolare congiunta tra il nostro Ministero e quello dell'istruzione.

Resta comunque ferma, a partire da ottobre, la conduzione della campagna vaccinale contro l'influenza stagionale, che – come è noto – è consigliata alle persone oltre i 65 anni, ai soggetti a rischio e a quelli che rientrano nelle categorie essenziali. In base al parere espresso dal Consiglio superiore della sanità, questi individui possono ricevere contemporaneamente il vaccino dell'influenza stagionale e quello pandemico. La co-vaccinazione può avvenire anche nella stessa giornata o nello stesso momento, con l'unico avvertimento che i vaccini siano inoculati in braccia diverse. Inoltre, nel caso di covaccinazione, per l'influenza stagionale si raccomanda l'utilizzo di vaccino non adiuvato, che è a disposizione delle Regioni.

Veniamo ora alla situazione attuale. A distanza di quattro mesi dall'insorgenza della nuova influenza, i casi nel mondo – vi fornisco i dati aggiornati a questa mattina – sono 318.925, con 4.292 decessi. Pertanto, la mortalità è del 13 per mille. I casi confermati in Europa sono 54.667, con 174 decessi, quindi con una mortalità del 3 per mille. In Italia, abbiamo 9.753 casi, con tre decessi, e perciò la mortalità è pari allo 0,4 per mille.

A proposito di questi numeri, occorre tenere presente che la percentuale della letalità può essere calcolata sui casi confermati o su quelli stimati. Noi riteniamo che il dato corretto sia quello che è stato utilizzato, per esempio, nel Regno Unito e che utilizziamo anche noi, cioè facendo riferimento ai dati stimati. Infatti, nel momento in cui esplose la pandemia, i casi non vengono più tutti confermati sistematicamente. Ne è dimostrazione il fatto che in Italia abbiamo 9.753 casi clinici, di cui 2.534 confermati, da quando abbiamo emanato la circolare che indicava di smettere di confermare i casi sistematicamente, perché evidentemente ciò non è possibile da un punto di vista pratico.

Pertanto, occorre prestare molta attenzione ai numeri. È difficile compiere previsioni su come evolve la pandemia, sul numero di soggetti che si ammalano e, ancor di più, sulla mortalità. Il dato che ci sembra più attendibile, per quanto sia fornito a spanne (vogliamo però comunicarlo, per rendere noto che il Ministero cerca di fare una proiezione, pur mettendo in guardia formalmente sul dare troppo credito a proiezioni di questo genere), è quello inglese, che peraltro corrisponde a quello di cui disponiamo noi, in base al quale risulta una mortalità dello 0,4 per mille, calcolata sui casi stimati. È una percentuale evidentemente bassissima: un quarto della mortalità dell'influenza stagionale.

Le misure di sorveglianza e controllo messe in atto nel nostro Paese fin dalla prima segnalazione internazionale del diffondersi della malattia, alla fine dello scorso mese di aprile, hanno permesso di contenere in Italia il numero di casi di influenza da nuovo *virus* A-H1N1 più di quanto non sia avvenuto in altri Paesi europei confrontabili per densità di popolazione o per struttura sociale. Ciò è dovuto anche all'efficacia delle misure di

contenimento disposte e all'attenzione con cui vengono attuate anche dalle Regioni e ha prodotto, come conseguenza, di ritardare di almeno un mese, rispetto alle proiezioni che avevamo, gli eventi attesi – cioè l'arrivo della pandemia – sulla base dei modelli predisposti prima dell'estate dall'Istituto superiore di sanità (si tratta di modelli elaborati settimanalmente).

La pandemia in Italia, in termini di numeri, è in ritardo di un mese rispetto al previsto. Inoltre, allo stato attuale, essa non desta particolare preoccupazione, anche perché disponiamo dei dati sull'andamento della pandemia in Australia e in Nuova Zelanda, che sono significativi in quanto in questi Paesi dell'emisfero australe la pandemia si è sviluppata in condizioni climatiche simili a quelle che incontreremo nel nostro Paese da adesso in poi.

È anche per questi motivi che siamo ottimisti sulla severità clinica della pandemia e riteniamo che abbia un andamento mite, con sintomatologie del tutto analoghe e probabilmente più lievi di quelle dell'influenza stagionale, se non si verificheranno mutazioni nel *virus*, ovviamente (questo è un fattore che va sempre tenuto presente e che potrebbe cambiare la situazione). Per il momento, però, non ci sono state mutazioni e quindi allo stato attuale riteniamo possibile o addirittura probabile che vi saranno soprattutto casi di influenza A-H1N1 non sintomatici e che quindi in realtà i casi siano in numero superiore a quelli che attualmente noi valutiamo, sia pure come casi stimati.

Ricordiamo che l'Italia dispone di una consolidata rete di servizi di sanità pubblica, di centri di eccellenza per il ricovero, l'isolamento e il trasferimento delle persone affette, di scorte sufficienti di farmaci indicati per il trattamento dell'infezione.

Consentitemi un'ultima considerazione, forse più da medico che da politico. L'influenza A-H1N1 è mite, ma ha una mortalità, sia pure bassa, che è stata calcolata – come ho detto – in una percentuale dello 0,4 per mille. Questa mortalità colpisce prevalentemente le categorie a rischio, che abbiamo definito in precedenza, cioè quelle persone alle quali una qualsiasi malattia virale può causare un tracollo. È questo il motivo per cui tali categorie verranno vaccinate per prime.

Esiste però una piccola quota di soggetti non a rischio, come abbiamo avuto occasione di dichiarare precedentemente, i quali possono sviluppare una polmonite interstiziale, che in qualche caso può evolvere in una sindrome respiratoria da *distress* dell'adulto e quindi essere potenzialmente fatale, anche se con le nuove tecnologie (il cosiddetto ECMO per la circolazione extrapolmonare) essa può essere combattuta e risolta, come è avvenuto per il paziente di Monza, affetto da una malattia che senza le nuove tecnologie non si sarebbe sicuramente risolta.

Rispetto alla gestione di questi casi gravi, che noi stimiamo possano essere nel numero di qualche centinaio in Italia, per tutta la pandemia, abbiamo già emanato una circolare che – oltre all'obbligo della segnalazione dei pazienti critici – contiene indicazioni sulla loro gestione. Inoltre, ne stiamo diffondendo un'altra in data odierna, che indica i livelli di unità intensiva che devono esserci, dà indicazioni specifiche sulle condizioni

cliniche che devono portare ad uno stato via via superiore di allerta. Queste misure più precise verranno appunto indicate nella circolare odierna per il riconoscimento precoce e la gestione ottimale, in parte anche centralizzata o comunque a livello della rete nazionale, delle forme gravi dell'influenza A-H1N1.

PRESIDENTE. Ringrazio il vice ministro Fazio.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, vorrei rivolgere una domanda al Ministro. Egli ha accennato al fatto che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta possono essere o meno coinvolti dalla Regione nell'attività di vaccinazione.

Per quello che sento nel territorio in cui vivo, c'è già una particolare pressione sui medici di medicina generale e sui pediatri rispetto a tale questione, con particolare riferimento alla necessità di svolgere l'azione di vaccinazione in un tempo molto ridotto. Sarebbe importante che ciò avvenisse, perché non hanno solo un ruolo di carattere medico-sanitario, ma possono compiere anche un'azione di carattere sociale e di assicurazione visto che, rispetto a questa influenza, c'è una grossa preoccupazione nella popolazione. In sostanza, vorrei un chiarimento sulla sussistenza o meno di linee generali che consentono alle Regioni la facoltà di avvalersene o meno. Vorrei, quindi, sapere se c'è un particolare interesse a coinvolgere i medici e i pediatri, cosa che riterrei opportuna, in questa attività di vaccinazione e di rapporto diretto con la popolazione che dovrebbe anche avere una funzione assicurante rispetto alle preoccupazioni che questo tipo di pandemia sta generando in generale.

BIANCHI (PD). Signor Presidente, non vogliamo fare terrorismo mediatico su questa problematica e speriamo che l'influenza A rientri nel quadro illustrato oggi dal Sottosegretario. Abbiamo però visto che soprattutto negli ultimi giorni sono in aumento i casi di persone coinvolte, anche se non versano in condizioni di rischio. Abbiamo avuto quelli di Messina e Monza e adesso c'è il caso del bambino di tre mesi.

È chiaro che la percentuale è bassa, però sicuramente va attivato un meccanismo che aiuti le persone e soprattutto le mamme a capire le notizie pubblicate dai giornali e che spesso mettono in allarme.

Qualche giorno fa è apparsa la notizia secondo cui le vaccinazioni sui bambini non sarebbero state completamente testate e, quindi, non sicurissime per quelli in età scolare. Volevo una assicurazione in tal senso visto che i bambini presumibilmente verranno vaccinati con entrambi i vaccini (quello per l'influenza stagionale e quello per l'influenza A).

Signor Ministro, lei ha anche parlato dell'unità di crisi nazionale, che funziona ed è attiva, però volevo chiederle se sono presenti in tutte le Regioni unità di crisi regionali e se vi è un coordinamento con l'unità di crisi nazionale. Come è noto a tutti, infatti, le realtà regionali sono diverse e non vorrei che in questi casi di emergenza si verificassero delle differenze tra una Regione e l'altra.



MARINO Ignazio (PD). Signor Presidente, signor Vice Ministro, rivolgerò delle domande tecniche per avere, approfittando della presenza del rappresentante del Governo, delle risposte precise che è difficile desumere dalla stampa.

Innanzitutto vorrei sapere quante dosi di vaccino sono state acquistate dall'Italia dalla Novartis, quante persone possono essere vaccinate e come vengono distribuite nelle varie Regioni.

Desidero, inoltre, conoscere quante dosi di Tamiflu sono state incapsulate e come viene distribuito (se in farmacia o solo in ospedale). Vorrei che questo si chiarisse per evitare che qualcuno possa semplicemente per timore acquistare delle dosi in farmacia e tenerle nell'armadietto di casa.

Mi chiedevo se invece di una circolare non fosse più indicato emanare un decreto del Ministro che dia delle indicazioni precise a cui le Regioni devono attenersi. Penso, comunque, che quanto detto sia molto verosimile e che se non ci sarà una mutazione virale la situazione non sarà molto grave. La mortalità, per fortuna, sembra molto bassa, però ho letto sulla stampa che ci sono Regioni, città o ospedali che si sono attivate per acquistare l'ECMO, che è stato utilizzato in varie occasioni. Non è acquistando quel tipo di membrane per ossigenazione extracorporea che si salva una vita se non si è capaci di usarle. È chiaro che bisogna avere un coordinamento e probabilmente è inopportuno spendere 50.000 euro per avere quella macchina in ospedale, quando sarebbe più logico attuare un coordinamento e spostare il paziente.

FOSSON (UDC-SVP-Aut). Signor Presidente, vorrei sapere dal Vice Ministro cosa si potrebbe fare per fronteggiare una mutazione che rendesse il *virus* più cruento e che probabilità vi sono che si verifichi un tale evento.

PRESIDENTE. Signor Vice Ministro, volevo aggiungere una mia richiesta. Mentre inizialmente sono sempre state diffuse notizie dal punto di vista epidemiologico preventivo che indicavano la necessità di assumere due dosi di vaccinazione a distanza di sei mesi, ora, secondo i dati che mi risultano, pare assodato che sia sufficiente un'unica somministrazione. Rispetto, quindi, al vaccino che era stato programmato e stoccato, volevo sapere se si intende effettuare un'ulteriore programmazione dei casi da sottoporre a vaccinazione.

FAZIO, *vice ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Per quanto riguarda il problema delle mutazioni, faccio presente che esse sono sempre possibili e aumentano con il crescere della diffusione del *virus*. Questo è il motivo per cui vengono adottate le strategie vaccinali e per cui il *virus* va eradicato. Questa è anche la ragione per cui le ditte produttrici non possono vendere su richiesta degli Stati membri – la questione è stata più volta discussa a livello del Consiglio dei ministri della salute – e il motivo per cui è stato chiesto alle ditte di non mettere a disposizione il vaccino in farmacia, ma nel terzo mondo. Il pericolo è che il *virus* cir-

coli nel terzo mondo e muti rendendo le nostre vaccinazioni inefficaci. Teniamo, infatti, presente che parliamo di zone in cui l'aviaria è endemica e c'è il rischio di un riassortimento del *virus* con l'aviaria. Non è un rischio importante dal punto di vista statistico, ma se ciò si verificasse sarebbe grave perché l'aviaria ha il 30 per cento di mortalità.

L'obiettivo degli Stati del mondo in questo momento è stroncare il prima possibile questa pandemia. La strategia vaccinale non trae origine dalla pericolosità intrinseca del *virus* per la popolazione, per i bambini e per gli adulti, perché la mortalità è molto bassa, ma dall'esigenza di stroncarlo.

Esistono tre motivazioni che hanno giustificato l'adozione della strategia vaccinale e colgo l'occasione per precisarle. La prima sta nella volontà di proteggere le categorie dei servizi essenziali, di cui abbiamo bisogno per non bloccare il Paese; la seconda si rinviene nella necessità di tutelare una categoria a rischio che deve essere vaccinata perché composta da soggetti per cui basta un *virus* qualsiasi, come il morbillo, per avere un tracollo. È stato, infine, deciso di includere nella strategia vaccinale anche i bambini – le mamme quindi devono stare tranquille – non perché c'è un rischio, ma per stroncare il *virus*. A tal fine, quindi, cominciano dalle categorie come i bambini che frequentano gli asili nido e le scuole elementari che diffondono il *virus* più velocemente.

Ribadiamo che la pandemia ha un andamento leggero e, come giustamente dice la senatrice Bianchi, bando agli allarmismi. Il bambino, infatti, che si è ammalato a Monza il 18 settembre mi ha preoccupato molto fino a tre giorni fa. Ieri è stato stubato, anche se non è fuori pericolo. Se i neonatologi mi avessero comunicato tramite *email* che era fuori pericolo lo avremmo potuto annunciare già tre giorni fa; comunque è stato stubato. Anche il caso di Messina è sotto controllo. C'è poi un paziente a Trapani che ha avuto un *counselling*.

In attesa che la circolare eviti che chiunque si doti dell'ECMO, stiamo facendo un piano di ventilazione assistita e sono lieto di informare che il Governo mette a disposizione per lo stesso 25 milioni di euro. Praticamente si baserà su sei centri attualmente esistenti e si articolerà in 12 centri che abbiamo identificato in tutta Italia, che serviranno da centri terminali. Pertanto, già nella circolare che sarà emanata oggi, sarà posta l'esigenza per le Regioni di identificare un centro di riferimento regionale.

In assenza di specifiche possibilità di trattamento, consigliamo – possiamo solo consigliare – di contattare l'unità di crisi, nella quale ci sono persone esperte che potranno dare indicazioni più precise. Il Ministero, senatore Marino, in questi casi può emanare solo circolari, e non ordinanze, per rispettare l'autonomia delle Regioni. Le ordinanze possono riguardare solo attività come le vaccinazioni. Dobbiamo fare attenzione a non proci frontalmente contro il Titolo V della Costituzione, emettendo ordinanze per indicare le modalità con cui le Regioni devono gestire l'emergenza.

Alla senatrice Bianchi, rispondo che abbiamo un coordinamento con gli assessori regionali, che vediamo ogni 15 giorni. Dall'inizio della pan-

demia, c'è stato un rapporto costante con tutti gli assessori regionali, non solo con il coordinamento.

Abbiamo acquistato 24 milioni di dosi di vaccino da Novartis e ne abbiamo opzionati altri 24 milioni da Sanofi Aventis. Stiamo controllando attentamente i dati emessi dall'EMEA sulla possibilità di utilizzare una dose singola. Sappiamo che questa ipotesi è stata già accertata negli Stati Uniti, ma secondo l'EMEA occorrono ancora informazioni più precise. Quando le avremo, decideremo se e come modificare la strategia vaccinale.

La decisione di vaccinare il 40 per cento della popolazione, senatore Marino, non è frutto del caso, non abbiamo dato i numeri; è invece il risultato di un approfondimento scientifico e di un'indagine molto precisa sulla percentuale minima di persone da vaccinare per stroncare l'epidemia. Oltre a considerare la quantità di cittadini che devono essere vaccinati, abbiamo fatto una valutazione anche dal punto di vista qualitativo e infatti, in quel 40 per cento, abbiamo considerato ad esempio tutte le scuole. Le proiezioni dimostrano che è indifferente se vacciniamo il 50-60 per cento della popolazione, però il 40 per cento è il limite minimo; in sostanza, per stroncare l'epidemia, bisogna vaccinare tutta la popolazione fino a 27 anni, che è quella che tende a vivere in varie forme di aggregazione.

Queste sono le motivazioni che hanno portato alla decisione che ho illustrato. Credo sia abbastanza improbabile che, se sarà riconosciuto che è sufficiente una dose singola, procederemo a vaccinare ulteriori categorie di popolazione. Escludo, per esempio, che si vaccinino persone oltre i 65 anni, proprio per la scarsissima percentuale di ammalati di questa età, in quanto questi soggetti hanno già un'immunità verosimilmente acquisita da precedenti contatti con il *virus*.

Abbiamo preparato un piano logistico di distribuzione del vaccino nelle Regioni, che abbiamo condiviso con gli assessori. Sono stati preparati i pacchi di vaccini, con le date. Non so se è stato pubblicato sul sito del Ministero, ma comunque è stato elaborato un piano di distribuzione molto preciso, che inizierà in questi giorni, con la distribuzione delle prime 500.000 dosi.

Per quanto riguarda il Tamiflu, in questi giorni ne abbiamo rallentato l'incapsulamento. Infatti, proprio perché è aumentata la capacità di incapsulamento (abbiamo introdotto nuovi macchinari e migliorato la capacità di incapsulamento dell'Istituto chimico farmaceutico militare di Firenze), si arriva ad incapsularne 140.000 dosi al giorno. Abbiamo deciso di modulare l'incapsulamento per non avere troppe scorte, perché il prodotto non incapsulato dura di più. Quindi, la questione dell'incapsulamento non è un fattore limitante in questo momento: lo abbiamo rallentato per i motivi che ho esposto.

Alla domanda della senatrice Bassoli, devo rispondere che l'autonomia delle Regioni si estrinseca e si esplica anche nel fatto che, mentre alcune Regioni – come quella da cui lei proviene – hanno un certo tipo di struttura sanitaria, altre Regioni hanno una struttura sanitaria che rende poco conveniente far eseguire le vaccinazioni ai medici di medicina gene-

rare. Mi riferisco anche a Regioni della sua parte politica, senatrice Bassoli. Certo, questo non significa niente, ma l'ho precisato per dire che in questo caso la politica non c'entra, è un discorso molto concreto. Ripeto, nei prossimi giorni invieremo una circolare perché il Governo ritiene che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta debbano essere coinvolti al massimo, non solo in questa vicenda ma in tutta la gestione clinica, quindi non solo nelle strategie vaccinali ma anche nel riconoscimento e nella gestione delle pandemie.

PRESIDENTE. Ringrazio il Vice Ministro per la puntuale, esauriente, competente ed approfondita relazione.

Dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 9,10.*