SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE SUGLI ASPETTI GENERALI DI POLITICA SANITARIA

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 GIUGNO 2003

Presidenza del vice presidente MASCIONI
indi del presidente TOMASSINI

CG 0834

TIPOGRAFIA DEL SENATO (500)

I N D I C E

Comunicazioni del ministro della salute sugli aspetti generali di politica sanitaria

PRESIDENTE:
* – MASCIONI *(DS-U)* . . . . . *Pag.* 3, 13
* – TOMASSINI *(FI)* 7, 13
* SIRCHIA, *ministro della salute* . . 3, 7, 10 e *passim*
BETTONI BRANDANI *(DS-U)* 7
BOLDI *(LP)* 14
* LONGHI *(DS-U)* 9, 11
* TREDESE *(FI)* 11
TONINI *(DS-U)* 13

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 Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Indipendente della Casa delle Libertà: Misto-Ind-CdL; Misto-Lega per l'autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Udeur Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.

Presidenza del presidente MASCIONI

Interviene il ministro della salute Sirchia.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Comunicazioni del Ministro della salute sugli aspetti generali di politica sanitaria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca comunicazioni del Ministro della salute sugli aspetti generali di politica sanitaria.

Oggi è in programma l'audizione del ministro della salute, professor Girolamo Sirchia, che ringrazio per la disponibilità che dimostra ogni volta che c'è la possibilità di incontrare i parlamentari della 12ª Commissione permanente del Senato.

Signor Ministro, ritengo sia utile, sia per i parlamentari che per il Governo, continuare ad incontrarci, anche con una certa regolarità.

In questa sede, non facciamo confronti strumentali; i parlamentari di maggioranza e di opposizione hanno molti strumenti, di tipo istituzionale e politico, per svolgere il proprio lavoro e per esternare le proprie posizioni; tuttavia, se vi fosse un luogo istituzionale in cui entrare nel merito delle questioni di una materia così delicata e scambiarsi opinioni, sarebbe importante per il funzionamento delle istituzioni ed per la migliore qualità delle decisioni.

Invito il ministro Sirchia a svolgere una sintetica introduzione, perché tutti i senatori vorrebbero intervenire e porre le proprie domande. Si potrebbe, così, dare a questo incontro la natura di un *question time*, con domande, risposte e repliche. Mi piacerebbe che tutti potessero entrare nel merito delle questioni.

Cedo, quindi, la parola al ministro Sirchia, che ringrazio nuovamente per aver accolto il nostro invito.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Signor Presidente, onorevoli senatori, sarei ben lieto se potessimo incontrarci periodicamente (magari in audizioni che non siano più lunghe di un'ora), anche su temi predeterminati in modo che ognuno possa prepararsi. Generalmente, il mercoledì devo recarmi alla Camera dei deputati per il *question time*. Se, però, stabilissimo l'audizione tra le ore 14 e le ore 15 del mercoledì (per me andrebbe bene anche un altro giorno della settimana), non avrei problemi.

Mi hanno riferito che oggi il vostro interesse riguarda la Conferenza di Cancun della WTO in ordine ai farmaci.

La World Trade Organization (WTO) interessa la sanità solo per qualche aspetto, perché ovviamente concerne le problematiche relative alla competizione, all'accessibilità ai mercati, al potenziamento dei commerci e via discorrendo; interessa, però, anche il farmaco, essendo uno degli elementi appartenenti al settore.

A Cancun, dunque, si svolgerà una Conferenza tra il 10 e il 14 settembre prossimo venturo, nel corso della quale sarà nuovamente proposto il problema dei farmaci.

Com'è noto, per appartenere a questa organizzazione i 140 Stati membri (tra i quali è compresa anche l'Italia) devono accettare in blocco le regole, espresse sotto forma di *agreement*. Una di queste riguarda i diritti della proprietà intellettuale, i cosiddetti *Trade related aspects of intellectual property rights* (TRIPS). Sostanzialmente, l'innovazione nell'ambito del farmaco (cioè l'investimento che serve ad identificare nuove molecole) è legata fortemente a due fattori: innanzi tutto, alla durata dei brevetti e, quindi, alla possibilità di riprendere quanto speso per realizzarlo e, in secondo luogo, alla disponibilità di un mercato in cui vendere il prodotto trovato da un altro. Se viene meno uno di questi due pilastri, viene meno anche l'interesse dell'industria ad investire in ricerca e a sintetizzare nuove molecole.

Ciò pone immediatamente un secondo punto che contrasta esplicitamente con il primo. I mercati interessati riguardano il dieci per cento della popolazione del globo, ossia i Paesi avanzati, e non il 90 per cento dei rimanenti Paesi. Inoltre, le malattie che creano mercato nel mondo occidentale sono completamente diverse da quelle che determinano problemi alla salute pubblica nel mondo in via di sviluppo. Si verifica, allora, sui dati l'evidenza che l'industria, che investe per produrre nuove molecole, si occupa soprattutto delle malattie dei Paesi avanzati, dunque delle società avanzate, mentre non investe nelle malattie della salute pubblica e primariamente nelle malattie infettive che affliggono il 90 per cento dell'umanità.

Si tratta di una distorsione ormai troppo evidente, che ha creato contrasti di ogni genere, ha agitato le coscienze e ha determinato e continua a determinare problemi.

Nella Conferenza di Cancun questo problema sarà riproposto.

Cosa si può fare? I Paesi emergenti chiedono con insistenza una diminuzione della durata dei brevetti. Recentemente il Consiglio dei Ministri dell'Unione europea ha riproposto questo tema non solo per i Paesi africani, ma anche per i dieci Paesi che entreranno in Europa che, non avendo una propria produzione dei farmaci, hanno tutto l'interesse ad un brevetto di sei e non di dieci anni, come era stato proposto per i farmaci innovativi. Addirittura nella WTO il brevetto è di 20 anni.

Ciò spiega anche il motivo per cui alcuni aspetti contrastano con il sentimento e la coscienza comuni. Ad esempio, dal 1975 al 1996 sono state trovate con la ricerca 1.223 nuove entità chimiche, di cui però solo 11 interessano le malattie tropicali che affliggono quei Paesi, creando gravissimi problemi. Ciò dà la misura del fatto che si curano le malattie

del mondo occidentale (colesterolo elevato piuttosto che problemi collegati all'invecchiamento della popolazione), ma non quelle (malaria, TBC ed AIDS) che ancora oggi – come ben sapete – devastano letteralmente gli altri Paesi.

Per la problematica dell'AIDS si è previsto un meccanismo in base al quale ogni Governo può derogare dal brevetto per ragioni di salute pubblica. Come ricorderete, l'AIDS ha rappresentato il tema principale. Ciò significa che, per ragioni di particolare emergenza di salute pubblica (come potrebbe essere l'AIDS per l'Africa, ma, un domani, la SARS per alcune parti del mondo o altre epidemie importanti), il Governo può obbligare, malgrado il brevetto, l'azienda a concedere il suo *know-how,* la sua conoscenza, a diversi terzi che si impegnano a fabbricare quel farmaco a costi accessibili per quei Paesi.

Come immaginerete, ciò ha generato conflitti di ogni tipo e qualità. Da un lato, vi è la forte resistenza dell'industria che si vede privata dei propri diritti, dall'altro, la contestazione delle popolazioni che legano il proprio destino a quei farmaci. Per l'AIDS è stato raggiunto un compromesso solo recentemente: come saprete, in particolare il Sudafrica, che ha sollevato questo tema più di altri, ha poi avuto soddisfazione. Alcune aziende producono farmaci a costi nettamente più bassi, anche se con non pochi problemi, atteso che i controlli di qualità devono essere svolti soltanto da chi è in grado di farli. Non mancano poi le contraffazioni, il doppio mercato e una miriade infinita di problemi. Qualche accordo però è stato raggiunto.

L'OMS nella 56ª sessione, svolta il 28 maggio ultimo scorso, ha approvato una risoluzione (alla quale anche l'Italia ha fornito un importante contributo) che cerca di portare avanti questo discorso, attenuando il conflitto cui ho accennato, in favore delle popolazioni più povere.

Questo *agreement* riguarda due punti che abbiamo raccolto e in realtà proposto, avendoci già lavorato sopra e indicherò brevemente come. Importante è riuscire a convincere e ad incentivare le aziende ad investire nella produzione di molecole che servano a combattere le tre calamità di cui prima parlavo: AIDS, TBC e malaria. Oltre agli investimenti è necessario portare la ricerca e possibilmente la stessa produzione all'interno dei Paesi interessati per creare partenariato, quindi cofinanziamento, o partenariato industriale affinché si produca *in loco* quello che serve.

Ci siamo mossi su due direttrici. Con l'onorevole Michelini, che ha sviluppato questo tema per i rapporti internazionali anche recentemente in occasione del G8 di Evian, abbiamo sollecitato le nostre industrie ed abbiamo incontrato i Capi di Stato africani più volte (a Lugano, Parma e Roma) affinché concedessero alle industrie italiane la possibilità di attivare le produzioni con determinate garanzie. Come ben capite, la sicurezza è importante riguardo agli espropri che in Africa, purtroppo, ancor oggi si registrano e che non incentivano l'industria ad investire risorse. Tutto ciò è stato previsto in modo tale che queste azioni di partenariato, magari anche individuando il *partner*, potessero realizzarsi in Africa nel settore sia della ricerca sia della produzione.

Quest'operazione è stata da noi facilitata, tenuto conto che da circa un anno e mezzo stiamo cercando di legare insieme, nel migliore dei modi, la rete degli ospedali italiani nel mondo – che in Africa conta circa 24 realtà, quindi non pochissime –, in maniera tale che le imprese possano affiancare le nostre strutture ospedaliere. In Africa peraltro non interessa realizzare farmaci sofisticati, atteso che mancano le soluzioni idrosaline e i bambini, soprattutto nella parte centrale del continente, muoiono per disidratazione a causa della forte carenza di acqua. Basterebbe creare aziende di *device* o di prodotti molto semplici per aiutare moltissimo quelle popolazioni. E le soluzione idrosaline rientrano fra questi prodotti, giacché diarrea e disidratazione comportano alta mortalità. Servono semmai farmaci abbastanza semplici, come antibiotici ordinari o le gocce per il tracoma, in altre parole prodotti molto semplici che potrebbero anche essere realizzati sul posto. Di fatto, un'azienda italiana ha già realizzato una fabbrica. In determinate condizioni, in alcuni Stati africani come il Ghana o il Senegal, paesi poveri ma non poverissimi, si può immaginare di realizzare prodotti simili: noi stiamo spingendo in questa direzione.

Bisogna poi creare in Italia con le industrie italiane, ma non solo, molecole utili a combattere le grandi epidemie. Cito l'esempio della malaria, giacché il primo incontro – di cui riceverete invito –, che si terrà il 1º luglio presso l'Istituto superiore di sanità, sarà proprio dedicato alla malaria resistente. In Africa esiste un plasmodio, portato da un tipo di zanzara e comparso soltanto da qualche anno, resistente alla terapia antimalarica nota. L'unica cura possibile è somministrare una sostanza contenuta in una pianta che cresce in Cina, che si ottiene però per via estrattiva. Ebbene, per ottenere un farmaco per via estrattiva occorre realizzare un'operazione immensa, considerato che si devono processare tonnellate di foglie per realizzare un prodotto per relativamente pochi individui. Poiché questa sostanza si è dimostrata efficace in associazione a quelle tradizionali, bisogna cercare di sintetizzare il composto per farne un farmaco di sintesi ed evitare l'enorme mole di lavoro cui ho testé accennato.

Presidenza del presidente TOMASSINI

(*Segue* SIRCHIA). Nessuna azienda privata può cimentarsi da sola in un'operazione del genere, atteso che, non essendovi mercato, non riesce a vendere un prodotto che nessuno paga; di conseguenza, nessuno investe in tali condizioni. Nella convinzione che il Global Found di Ginevra potrebbe sostenere le spese indicate, abbiamo invitato il professor Feachem, persona di grandissima levatura ed intelligenza, grande economista sanitario. Le spese potrebbero essere sostenute in parte dalle aziende e in altra parte dalla finanza pubblica o da enti a ciò deputati. Se si riuscisse a sintetizzare questa molecola – operazione mai tentata prima e che potrebbe

anche non essere possibile-, oltre all'azienda, vi dovrebbe essere qualcuno disposto ad investire risorse, per produrre il farmaco di sintesi da esportare o, meglio ancora, produrlo sul posto. Questo potrebbe essere un tipico progetto per il Global Found, che è nato proprio per combattere quel tipo di malattia e sostenere progetti gestiti dagli africani o dai paesi poveri. Tutto ciò ricadrebbe perfettamente in questa logica. Il 1º luglio provvederemo ad effettuare questa verifica.

In sintesi, ci muoviamo in questa direzione utilizzando la rete, già operativa, degli ospedali italiani nel mondo, affinché possa appoggiare ed essere sinergica rispetto ad eventuali insediamenti industriali, che non sono pensabili a sole spese del privato su farmaci che riguardano mercati poveri. Dunque, la filosofia è che vi sia una sorta di cofinanziamento, in altre parole che il privato e il pubblico intervengano insieme e che il Global Found o organismi simili siano deputati a realizzare operazioni di tale natura. Questa è la linea politica che proporremo a Cancun.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Mascioni che ha presieduto l'inizio di questa seduta e chiedo scusa del ritardo dovuto ad un altro improrogabile impegno istituzionale. Invito i colleghi che intendono porre quesiti a prendere la parola.

BETTONI BRANDANI *(DS-U)*. Signor Ministro, colgo l'occasione della sua presenza per porre una questione parzialmente – anche se non direttamente – collegata a quanto lei ha riferito non tanto sui paesi poveri quanto sui farmaci cosiddetti «orfani». Alcuni mesi fa, lei – credo giustamente – ha aiutato una bambina, Rossella, affetta da glecocimosi di tipo 2, ad ottenere un farmaco di natura enzimatica in sperimentazione. Abbiamo riscontrato gli effetti, del resto già dimostrati in corso di sperimentazione, che sembrano essere molto positivi per questo tipo di malattia.

In Italia esistono altri 27 soggetti – fra bambini e adolescenti – affetti da analoga patologia. In modo particolare pongo il problema di una ragazza sedicenne che deve vivere con un respiratore e che in questi giorni si è aggravata per problemi respiratori. Ovviamente, avendo seguito con tutta l'imponenza dei mezzi mediatici la vicenda di Rossella, questa ragazza ha chiesto a me – che mi sono fatta portavoce di tutti i componenti la Commissione, essendo stata sottoscritta da quasi tutti un'interrogazione in proposito – cosa deve fare per avere anche lei una possibilità di speranza. Ovviamente, la ragazza manifestato la propria contentezza per l'evoluzione dell'analoga vicenda di Rossella.

Non potendo rispondere a questa domanda, la rivolgo a lei, augurandomi che possa dare a questa ragazza, così come agli altri 26 casi, una prospettiva vera e concreta di guarigione.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Il problema delle malattie rare e, in particolare, di questa malattia è che siamo solo all'inizio di un percorso che è stato appena abbozzato. Un primo punto fondamentale è che vi siano centri di alta specialità che possano effettuare diagnosi, terapia e so-

prattutto informazione e formazione, perché – come ben sapete – le famiglie non sanno a chi rivolgersi e prima di trovare un posto di cura girano mille ospedali. Questo progetto, che dovrebbe vedere un Centro nazionale per le malattie rare presso l'Istituto superiore di sanità, è stato ed è tuttora all'esame della Conferenza Stato-Regioni, atteso che obbligherebbe le Regioni ad identificare un centro regionale o interregionale che, riunito in rete e coordinato all'Istituto superiore di sanità, cominci a creare una base per censire le malattie, informare i parenti, fare le diagnosi e indicare le terapie.

Ma come fare le terapie se non abbiamo farmaci? Il secondo punto importante è riuscire a far sì che questa rete possa essere interfacciata con quella americana, che è oggi l'unica che dispone di questa tipologia di farmaci, avendo alcuni gruppi farmaceutici, in particolare la Genzime, effettuato investimenti su queste malattie. Ho siglato un *memorandum* con Thomson a Roma; sarò a Washington il 23 dove dovremo definire operativamente le modalità da seguire. Per questo accordo il nostro impegno è di 34 miliardi di vecchie lire, da parte loro ne dovrebbe essere impiegati altrettanti. Ciò è importante perché oggi come Italia non abbiamo dignità di rete sperimentale, non siamo inseriti nelle sperimentazioni americane, non siamo ritenuti sufficientemente affidabili o competenti per svolgere questo tipo di sperimentazioni.

È un'umiliazione gravissima, soprattutto se si tiene conto che, ad esempio, una nostra paziente nella fattispecie afferirà a Lione che è uno dei pochi centri, insieme ad un altro inglese, abilitato ad effettuare questa sperimentazione. Disponendo di fior di persone brave e competenti, la mia prima richiesta è di realizzare per questa rete, che ho disegnato all'inizio, un'interfaccia con la rete americana; in caso contrario, saremo sempre tagliati fuori e non avremo mai diritto al farmaco.

Con la bambina di Napoli è accaduto esattamente questo: non avendone diritto, il farmaco per lei non era previsto, giacché la produzione era di piccola scala, sperimentale, non aveva fatto ancora lo *scale-up* e non era entrato nemmeno nella produzione di mezzo volume, non dico quella finale. A seguito di un accordo del tutto privato, legato a fatti personali, la bambina è stata ammessa in via eccezionale. Naturalmente, non si poteva ammettere nessun altro ammalato, stante l'indisponibilità del farmaco.

Successivamente vi è stato un salto di produzione dalla piccola alla media scala e entro la fine dell'anno sarà possibile far partire una seconda sperimentazione, che ammetterà bambini non infanti; contrariamente alla prima sperimentazione che era invece era limitata agli infanti perché soggetti che meglio rispondono alla terapia.

La risposta della piccola Rossella, non essendo quest'ultima infante, non è stata eccezionale ma di media portata. Sui giovani il farmaco è del tutto inefficace giacché, essendo le lesioni già instaurate, la prevenzione dell'accumulo ha un senso molto relativo; certo, è sempre meglio di niente; sta di fatto però che la terapia non è efficace come nell'infante, dove non vi è accumulo e le gravi lesioni d'organo sono prevenibili.

Questa povera ragazzina e l'altro ragazzino pugliese, purtroppo, non possono beneficiare di questo farmaco; resta soltanto l'uso compassionevole di cui ho avanzato richiesta. Ho incontrato il ragazzino pugliese: una storia tragica, drammatica, capisce tutto, è lucidissimo, sta su una sedia a rotelle e sopporta spasmi terribili; la madre e il padre riferiscono che vorrebbe morire ma non sanno come aiutarlo; peraltro tutto ciò viene dibattuto in sua presenza, non perché i genitori siano cattivi ma perché il ragazzino accetta la sua povera, disperata condizione; è una realtà che mi ha veramente scioccato. Purtroppo, ripeto, l'uso del farmaco sarà solo compassionevole non potendone trarre alcun vantaggio.

Qual è la morale? Innanzi tutto, siamo rimasti indietro e dobbiamo recuperare. Le *orphan drug* rappresentano un affare per le aziende; in altre parole, se Genzime riuscirà a produrre questo farmaco, essendo nel mondo circa 3.000 i ragazzini affetti dalla malattia, i Servizi sanitari compreranno il prodotto, trattandosi di casi disperati. L'uso compassionevole crea poi ulteriori casi e questo è non solo umanamente positivo e fondamentale ma anche industrialmente importante. La mia azione con gli Stati Uniti è volta a portare il brevetto Genzime in Italia. Alla richiesta della licenza di operare mi è stato risposto però che nessuno è capace a farlo. Questa risposta mi ha infastidito e umiliato perché sono convinto che qualcosa invece si possa fare. Ora tornerò all'attacco per vedere cosa succede.

Non abbiamo la forza di ricerca oggi per costruire molecole nuove, perché non abbiamo fatto investimenti in questo settore; disponiamo della carnetina in caso di carenza di questo principio attivo e di poche altre sostanze; ciò nonostante la produzione su licenza potrebbe costituire per noi una nicchia importantissima.

LONGHI *(DS-U)*. Signor Ministro, questa mattina davanti a Montecitorio si è tenuta una manifestazione indetta dal sindacato autonomo infermieri dei carceri (SAIC): 1.421 iscritti in tutta Italia che lamentavano un contratto di lavoro più che atipico, non sono neanche Co.Co.Co.. Sono di fatto liberi professionisti che fanno l'orario deciso dal carcere e, quindi, ad agosto lavorano perché i circa 400 dipendenti vanno in ferie; peraltro di frequente non sono pagati e a volte li pagano ogni quattro mesi; insomma, versano in una situazione lavorativa piuttosto precaria, pur svolgendo una funzione molto importante per la salute dei detenuti, che spesso fanno autolesionismo e accusano malattie per godere di benefici dal punto di vista del trattamento carcerario.

Allo stesso tempo ho saputo che dal 1º luglio i centri antidroga delle carceri saranno chiusi, perché si è deciso di trasferire i SERT che si occupano dei carcerati – che chiaramente hanno molto lavoro – alle Regioni, senza però prevedere il trasferimento dei finanziamenti necessari per assicurarne il funzionamento. Ai dipendenti è stato detto: se non vi è nulla di nuovo, dal 1º luglio sarete a casa. Ovviamente, ciò aggraverà la situazione del popolo delle carceri che è in estremo disagio. Le chiedo se è possibile intervenire.

L'altro giorno ho fatto leggere una nota al sottosegretario Cursi relativa ad un'infermiera, di cui non ricordo al momento il nome, che da 12 anni presta la sua attività in un carcere umbro. Essendo in possesso di un diploma francese, il Ministro della giustizia ha chiesto al Ministero della sanità se il titolo era valido; il Ministero ha risposto negativamente e l'infermiera deve essere licenziata. Tale situazione si ripercuote sulla società nazionale, con gravi disagi – che prima o poi emergeranno – per i detenuti. Gradirei sapere se questo caso è stato affrontato dal Ministero della salute, se lo stesso si accinge a esprimere un parere negativo e se la signora dovrà essere licenziata. Faccio presente che la stessa è disposta anche a svolgere mansioni di ausiliaria qualora non riconoscano la validità del suo diploma di infermiera.

Ricordo, tra l'altro, la carenza di infermieri che vi è non solo nelle carceri ma anche nella sanità pubblica. Se tutti questi soggetti decidessero di presentare insieme domanda per abbandonare l'attuale servizio e inserirsi nella sanità pubblica, probabilmente le carceri sarebbero sguarnite di personale.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Non conosco il problema specifico della singola persona, dunque non mi è possibile rispondere in dettaglio.

Le carceri in Italia rappresentano un problema acuto che si è ulteriormente riacutizzato non essendo mai stato risolto. Si ipotizzava una soluzione a mio giudizio non corretta: ricorrere all'azienda sanitaria locale per tutti i servizi erogati in carcere, ignorando l'enorme difficoltà nel compatibilizzare i servizi del carcere: mondo a sé, con esigenze proprie, orari differenti e diversi modi di rapportarsi. Il regime carcerario si diversifica in tutto dal resto del mondo.

Con il Ministro della giustizia abbiamo predisposto un disegno di legge, ora all'esame della Conferenza Stato-Regioni, che identifica un'attività assimilabile alla medicina di base; in altre parole la medicina di primo impatto viene inserita nel carcere dal quale dipende. Ripeto, questo è un mondo che, avendo i suoi ritmi, le sue logiche e i suoi limiti, deve necessariamente avere personale dedicato. Ormai le carceri sono come delle città, non sono più piccole realtà ma luoghi in cui risiedono migliaia di persone con mille problemi diversi. Un corpo medico ed infermieristico interno ha senso non solo in termini di efficienza ma anche perché consente di evitare i rapporti Co.Co.Co. o convenzionati, che possono esserci o meno, hanno responsabilità limitate o addirittura svolgono altri mestieri. Abbiamo quindi immaginato e realizzato per ipotesi di legge questa proposta.

La droga ovviamente rientra in questo ambito e deve essere ovviamente ricollegata ai SERT o a strutture analoghe, anche con la possibilità di riabilitazione per coloro che possono essere riabilitati. Tale proposta prevede inoltre una serie di attività per le donne che sono in carcere con i propri bambini, realtà che rappresenta una ignominia, trattandosi di persone che trascorrono la propria vita recluse in un mondo molto diverso dalla realtà.

Per la parte specialistica-ospedaliera ci si deve limitare alla creazione di un poliambulatorio interno, mentre per effettuare una Tac o un inter-

vento si ricorre all'azienda sanitaria locale. Questo provvedimento, a mio giudizio, rappresenta una strada che potrebbe parzialmente risolvere il problema carcerario. Sappiamo tutti che in Italia le carceri creano anche altri problemi; tuttavia, cerchiamo di affrontare in questa prima fase la situazione in maniera razionale. Mi auguro perciò sul buon esito di tale disegno di legge, che le Regioni hanno in linea di massima accettato, fatta salva la preoccupazione di maggiori spese, giacché si prevede la presenza di un direttore sanitario, figura mai esistita prima. L'assenza di tale figura ha rappresentato sempre un'assurdità, atteso che nelle strutture carcerarie oggi nessuno garantisce il rispetto delle condizioni igienico sanitarie minime. L'affollamento delle celle comporta problemi igienico sanitari particolarmente rilevanti. Abbiamo quindi previsto un direttore sanitario che si renda garante del funzionamento della situazione sanitaria all'interno del carcere e che assicuri che i diritti dei reclusi siano rispettati come le norme di igiene. Si prevede inoltre che l'ammalato, se davvero è tale, sia curato, cosa che non sempre accade.

Ritengo questa strada abbastanza percorribile.

LONGHI *(DS-U)*. Sono previsti trasferimenti finanziari per realizzare quanto da lei indicato?

SIRCHIA, *ministro della salute*. La spesa per realizzare quanto indicato deve inevitabilmente gravitare sul Ministero della giustizia, dal momento che si tratta di suoi dipendenti. Naturalmente il Ministero della giustizia ha i problemi che tutti conosciamo. Ad ogni modo, abbiamo predisposto un impianto logico di cui valuteremo successivamente la percorribilità finanziaria. Comunque, non ha senso che gravi su un terzo un onere che quest'ultimo non ha la facoltà di decidere: è un assurdo in termini. Le Regioni infatti si rifiutano di farsi carico di obblighi decisi da altri soggetti. È giusto che chi decide paga.

TREDESE *(FI)*. Vorrei esprimere qualche breve considerazione sulla SARS. Sui giornali si leggono purtroppo le dichiarazioni di esperti circa una maggiore diffusione di tale patologia in autunno in Europa. Personalmente mi auguro che queste dichiarazioni non corrispondano a realtà. Ad ogni modo, se ciò si verificherà ai primi casi di febbre i pronti soccorsi saranno intasati. Sarà sufficiente superare una temperatura di 38 gradi, avere un po' di mal di testa, mialgia, in qualche caso anche dispnea da iperpiressia per intasare i pronto soccorsi.

Ho raccolto le preoccupazioni di molti medici di base che si vedranno coinvolti. In altre parole, si crea una situazione di panico e di psicosi che produrrà sicuramente enormi problemi. Alcuni colleghi hanno proposto una vaccinazione non utile per la SARS ma utile come discriminante. È difficile somministrare una vaccinazione del genere a tutte le persone, peraltro sarebbe inutile e non risolutivo. Tuttavia, se si somministrasse tale vaccino a coloro che vanno all'estero si eviterebbero quantomeno fenomeni di psicosi. Se in un condominio una persona recatasi al-

l'estero si è vaccinato e ha la febbre senza dubbio si generano dei sospetti. Sono esempi banali ma la preoccupazione è effettiva e i medici di base sono pronti a collaborare, magari anche in raccordo con le associazioni di categoria degli industriali che inviano proprio personale in giro per il mondo per affari di lavoro. Bisognerebbe invitarli a contribuire affinché questo tipo di psicosi sia contenuta il più possibile.

Conosciamo già la situazione in cui versano i pronto soccorsi e sappiamo anche che le endemie più gravi si manifestano sempre a Natale, quando i medici di base non sono sempre presenti. Se si verificherà la situazione prospettata, i pronto soccorsi saranno intasati a seguito della diffusione di questo stato di psicosi. È una preoccupazione non banale da non sottovalutare. Infine, è vero che esistono delle telecamere che rilevano la temperatura corporea inventate dagli israeliani? Si dice che se collocate in un corridoio sono addirittura in grado di individuare il soggetto con una temperatura superiore ai 37,5 gradi.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Non si tratta di telecamere, comunque è un strumentazione che esiste.

A prescindere da questo, cercherei di contestualizzare la situazione. Non è detto che l'autunno porti una complicanza che accresca la SARS o il pericolo della diffusione della stessa. L'evidenza che stiamo fortunatamente vivendo è che questa epidemia si sta contenendo proprio in Cina dove il Governo ha effettuato finalmente investimenti pesantissimi che stanno producendo risultati. Pertanto, la mia speranza è che non sia affatto scontato che l'autunno porti la SARS in Europa.

Fatta questa premessa, bisogna tener presente uno scenario in cui questo rischio è calcolato ed affrontato. Per affrontare questo rischio è fondamentale una campagna di comunicazione che spieghi i termini della SARS. Questa campagna è pronta ed è stata auspicata anche dalle Regioni nel corso di un incontro avuto di recente; partirà quanto prima, senz'altro nell'autunno, ossia prima che si proponga – come generalmente avviene a novembre e a dicembre – il fenomeno dell'influenza. Con tale campagna ci si propone di chiarire cosa si deve fare in presenza di febbre, mancanza di respiro e tosse. Sarà perciò individuato un numero telefonico attraverso il quale sarà possibile avere informazioni sul da farsi; soluzioni del genere tranquillizzano enormemente l'opinione pubblica.

Saranno poi previste alcune norme igieniche importanti, in particolare quella di non presentarsi subito in ospedale, luogo che deve rappresentare la scelta finale da operare, atteso che si tratta di una malattia che nel 90 per cento dei casi ha un esito favorevole benigno e si risolve nel giro di pochi giorni. Va dunque fatto il confinamento del malato nel proprio domicilio fino alla guarigione, salvo i casi che presentano chiare complicazioni respiratorie che, secondo certe precauzioni, devono essere ricoverati in determinati ospedali.

Su questo punto non c'è chiarezza. Anche oggi sono stato al campo di Ponte Galeria, dove vi sono i clandestini; abbiamo chiarito oggi, per la prima volta, che non devono mandare i casi sospetti in ospedale, ma de-

vono isolarli: non lo avevano capito, niente di male! Ora, abbiamo chiarito a tutti i campi che questa è la procedura.

Va chiarito anche alla popolazione che andare in ospedale è inutile e dannoso perché si rischia di contagiare gli altri. La precauzione fondamentale è proprio questa.

Ripeto che nel merito ci attiveremo con la campagna di informazione, sperando di raggiungere tutti.

Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale, si tratta di una pratica raccomandata e raccomandabile da sempre per tutti i soggetti con più di sessant'anni o meno di dieci anni di età. Ovviamente, se ci si reca in Cina, si devono utilizzare anche altre precauzioni, a parte la vaccinazione, che sono ben note a tutti: evitare i locali affollati o, altrimenti, indossare le mascherine ordinarie, non sporcarsi le mani, utilizzare i guanti e così via. Sono precauzioni molto banali.

Per fortuna, questa epidemia ha una letalità mediocre e una bassa contagiosità. Credo, pertanto, che con questi provvedimenti in inverno il fenomeno sarà del tutto eliminato o avrà una coda irrilevante. In ogni caso, saremo pronti ad affrontarlo.

PRESIDENTE. Ricordo che tra pochi minuti il ministro Sirchia dovrà recarsi alla Camera dei deputati. Vi prego, pertanto, di essere sintetici.

MASCIONI *(DS-U)*. Signor Presidente, all'inizio della seduta, quando lei non era ancora presente, il ministro Sirchia si è dichiarato disponibile ad incontrarci con una certa regolarità.

Dalle ore 14 alle ore 15 si possono dire molte cose, anche perché generalmente a quell'ora sono presenti numerosi senatori.

Propongo, pertanto, di rinviare alla prossima audizione. Anch'io vorrei porre una questione molto rilevante, riguardante la creazione di un fondo per le persone non autosufficienti; tuttavia mi sembra che non sia il caso di discuterne sul piede di partenza.

PRESIDENTE. Sono d'accordo.

Poiché, però, abbiamo ancora alcuni minuti di tempo, do la parola al senatore Tonini.

TONINI *(DS-U)*. Signor Ministro, le volevo rivolgere due domande, ma ora le porrò soltanto quella più rapida, rinviando alla prossima occasione la questione più complessa.

Il tema da affrontare rapidamente è quello della WTO, svolto all'inizio della seduta, che incontra anche la nostra attenzione e la nostra sensibilità. Infatti, abbiamo dibattuto l'argomento anche in Commissione ed abbiamo chiesto ed ottenuto dal Presidente del Senato di poter essere presenti con un rappresentate della Commissione a Cancun.

Vorrei proporre ai colleghi la definizione di un testo di una mozione, che potremmo presentare anche in Aula, sul tema dei farmaci e sulla posizione politica del nostro Governo che, tra l'altro, si recherà a Cancun

con il rilevante ruolo di Presidente di turno dell'Unione Europea e, quindi, con una posizione rafforzata.

In tal modo, le linee illustrateci dal ministro Sirchia, che ci trovano in prima approssimazione – almeno per quanto mi riguarda – assolutamente concordi, potrebbero essere formalizzate anche con un passaggio parlamentare.

Proveremo, quindi, a muoverci in questa direzione, credo e spero con uno spirito bipartisan (come si dice in questi casi), data la natura rilevante della questione.

L'altro tema riguarda la politica della farmaceutica in Italia: vorrei capire come ci si sta muovendo anche nella Conferenza Stato-Regioni. Questo argomento, però, richiede senz'altro un po' più di tempo e, quindi, penso che potrà essere affrontato nella prossima audizione.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Se vuole, posso accennare alla questione, senza entrare nei dettagli.

Credo che, con un prontuario farmaceutico predisposto con quei criteri, entro l'anno si raggiungerà il tetto di spesa del 13 per cento, se si eccettuano quattro Regioni (Campania, Sicilia, Puglia e Lazio) in cui ciò non si otterrà.

Non si tratta, dunque, di fare ulteriori restrizioni sulle industrie farmaceutiche e sulla dispensazione di farmaci, perché l'accordo dell'8 agosto ha fissato il tetto del 13 per cento, al quale siamo arrivati, salvo le quattro Regioni menzionate.

Allora, non si tratta di fare una politica generale sul farmaco, ma una politica sulle Regioni, che è cosa ben diversa. Proprio oggi dobbiamo discutere della questione.

Ritengo che, se non seguissimo questa linea, rischieremmo di compromettere l'investimento, già modesto, dell'Italia in questo settore e, quindi, alla fine avremmo un esito negativo.

È certo che dobbiamo trovare altre risorse, ma a mio avviso queste non si possono individuare in quel settore, ma in altri. Qui si aprirebbe una discussione, che però penso si possa rinviare.

BOLDI *(LP)*. Sì, così la prossima volta ci potrà raccontare come hanno pensato di agire queste quattro Regioni per rientrare nei parametri.

PRESIDENTE. Ringraziamo il ministro Sirchia per la sua presenza e ancora di più per la sua disponibilità a svolgere incontri periodici. Avverto che la prossima audizione è stata fissata per il giorno 25 giugno, alle ore 14.

Sono così esaurite le comunicazioni del Governo.

I lavori terminano alle ore 15.