

NICOLÒ CRISTALDI, *Relatore*. Signor Presidente, per quanto cortese sia la richiesta, non condivido la proposta dell'onorevole Ruzzante di accantonare l'esame del suddetto emendamento perché la vicenda è stata affrontata ampiamente in Commissione. La materia che disciplina l'aspetto dei comuni e degli enti locali è trattata in un altro articolato; in questo caso si parla soltanto di competenze legislative di pertinenza dello Stato e delle regioni.

PRESIDENTE. Passiamo quindi ai voti. Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Bressa 1.3, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

<i>(Presenti e Votanti</i> .....	377
<i>Maggioranza</i> .....	189
<i>Hanno votato sì</i> .....	138
<i>Hanno votato no</i> ..	239).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Boccia 1.18, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

<i>(Presenti e Votanti</i> .....	375
<i>Maggioranza</i> .....	188
<i>Hanno votato sì</i> .....	136
<i>Hanno votato no</i> ..	239).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 1.25 della Commissione, accettato dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

<i>(Presenti</i> .....	381
<i>Votanti</i> .....	379
<i>Astenuti</i> .....	2
<i>Maggioranza</i> .....	190
<i>Hanno votato sì</i> .....	372
<i>Hanno votato no</i> .....	7).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Boccia 1.17.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Mantini. Ne ha facoltà.

PIERLUIGI MANTINI. Signor Presidente, vorrei intervenire non solo perché l'emendamento è stato presentato dal collega Boccia (ora non presente in aula), ma perché esso pone una questione di grande importanza, quale quella del rapporto tra l'attività di Governo, che, attraverso i decreti legislativi svolge una ricognizione dei principi fondamentali delle materie, ed il parere reso dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali.

Nell'emendamento in esame si propone che il Governo si conformi al parere definitivo reso dalla Commissione parlamentare. Naturalmente, potranno prevedersi anche altri rimedi, come ad esempio l'espressione da parte delle Commissioni di merito di un parere a maggioranza qualificata. Vorrei sottolineare il fatto che l'atteggiamento di disponibilità nei confronti di una ricognizione dei principi fondamentali delegata al Governo, soluzione di *extrema ratio*, meriterebbe un bilanciamento con il ruolo del Parlamento. Non vogliamo tornare all'esperienza storica dell'attuazione della legge-quadro in Italia, alla legge Scelba, alla lunga fatica, non conclusa peraltro felicemente, dell'individuazione delle leggi-quadro, delle leggi cornice; tuttavia, bisogna ammettere che il potere attribuito al Governo meriterebbe un bilanciamento con un maggior ruolo del Parlamento.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Boccia 1.17, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	370
<i>Votanti</i> .....	369
<i>Astenuti</i> .....	1
<i>Maggioranza</i> .....	185
<i>Hanno votato sì</i> .....	136
<i>Hanno votato no</i> ..	233).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Boato 1.4.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Tidei. Ne ha facoltà.

PIETRO TIDEI. Signor Presidente, vorrei svolgere alcune considerazioni di merito sull'emendamento in esame ed anche in relazione all'articolo 1. L'opposizione ha considerato opportuna e doverosa, semmai tardiva, l'iniziativa legislativa del Governo per dare attuazione al nuovo titolo V della Costituzione attraverso disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica al nuovo testo costituzionale in materia di sistema delle autonomie e di rapporti tra Stato e regioni.

Su questo terreno, il Governo, come ricorderete, si è trovato di fronte ad un'opposizione pienamente collaborativa, aperta ad un serio confronto e ad un dialogo costruttivo. L'altro ieri, invece, la Casa delle libertà ha blindato il testo sulla devoluzione sotto il ricatto della Lega nord. Non sono state accettate modifiche ed, infatti, nemmeno una virgola è stata modificata, soprattutto in riferimento alle nostre proposte. Nel frattempo, il ministro delle riforme istituzionali, Bossi, insulta la capitale d'Italia, Roma, con la speranza di raccogliere qualche voto in più.

Oggi — vengo al nodo del problema — dovremo discutere in merito a questo provvedimento il cui primo articolo pre-

vede la concessione di una delega al Governo per l'individuazione ricognitiva dei principi fondamentali in materia di legislazione concorrente. Oggi, quindi, dovremmo delegare al Governo il compito di individuare i principi fondamentali in materia di legislazione concorrente, mentre il Governo ha presentato un nuovo disegno di legge costituzionale per cancellare quasi totalmente la legislazione concorrente tra lo Stato e le regioni.

Il nuovo titolo V della Costituzione si basa su un'ipotesi di federalismo cooperativo tra Stato e regioni, così come avviene in tutti gli Stati europei, e si basa quindi su competenze concorrenti. La pecca principale della riforma del 2001 è quella di non aver previsto l'istituzione del Senato federale, cioè di una sede di cooperazione fra le parti dello Stato, soprattutto per la mancanza di un atteggiamento costruttivo da parte della Casa della Libertà.

L'idea di suddividere oggi le competenze legislative in esclusive, statali e regionali, è sbagliata e risponde solo all'esigenza di accettare in qualche modo il ricatto della Lega nord Padania che vuole separare, dividere e spaccare il paese. Da ciò emerge, a nostro avviso, un vero e proprio stato confusionale del Governo in materia di riforme costituzionali ed istituzionali.

Il Governo infine dimostra, ancora una volta, di essere attraversato da tendenze opposte che si compongono solo sugli stessi interessi privati.

La riforma e la proposta di riforma è frutto di grande confusione che « guarda » solo alle elezioni amministrative di maggio.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Boato 1.4, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

(*Presenti e Votanti* ..... 372  
*Maggioranza* ..... 187  
*Hanno votato sì* ..... 138  
*Hanno votato no* .. 234).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Mascia 1.13, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

(*Presenti* ..... 370  
*Votanti* ..... 283  
*Astenuti* ..... 87  
*Maggioranza* ..... 142  
*Hanno votato sì* ..... 48  
*Hanno votato no* .. 235).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Boccia 1.19, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

(*Presenti* ..... 378  
*Votanti* ..... 374  
*Astenuti* ..... 4  
*Maggioranza* ..... 188  
*Hanno votato sì* ..... 133  
*Hanno votato no* .. 241).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Amici 1.5, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

(*Presenti* ..... 376  
*Votanti* ..... 370  
*Astenuti* ..... 6  
*Maggioranza* ..... 186  
*Hanno votato sì* ..... 132  
*Hanno votato no* .. 238).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Mascia 1.14, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

(*Presenti* ..... 376  
*Votanti* ..... 288  
*Astenuti* ..... 88  
*Maggioranza* ..... 145  
*Hanno votato sì* ..... 49  
*Hanno votato no* .. 239).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 1.26 del Governo, accettato dalla Commissione.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(*Presenti* ..... 381  
*Votanti* ..... 356  
*Astenuti* ..... 25  
*Maggioranza* ..... 179  
*Hanno votato sì* ..... 348  
*Hanno votato no* ..... 8).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'articolo 1, nel testo emendato.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

<i>(Presenti</i> .....	388
<i>Votanti</i> .....	383
<i>Astenuti</i> .....	5
<i>Maggioranza</i> .....	192
<i>Hanno votato sì</i> .....	246
<i>Hanno votato no</i> ..	137).

Prendo atto che il gruppo dei Democratici di sinistra-l'Ulivo avrebbe voluto esprimere una posizione di astensione.

Il seguito dell'esame del provvedimento è rinviato ad altra seduta.

Faccio i migliori auguri a tutti.

#### **Sull'ordine dei lavori.**

GERARDO BIANCO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GERARDO BIANCO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei riprendere una consuetudine della prima Repubblica, quella di fare gli auguri a lei, Signor Presidente, al Segretario generale ed al personale della Camera.

#### **Informativa urgente del Governo sull'attuale diffusione in Italia della polmonite atipica (SARS) e sulle relative misure di prevenzione (ore 13,03).**

PRESIDENTE. Avrà ora luogo lo svolgimento dell'informativa urgente del Governo sull'attuale diffusione in Italia della polmonite atipica (SARS) e sulle relative misure di prevenzione.

Dopo l'intervento del rappresentante del Governo, interverranno i rappresentanti dei gruppi per cinque minuti ciascuno. È previsto un tempo aggiuntivo per il gruppo misto.

Ha facoltà di parlare il sottosegretario di Stato per la salute, senatore Cesare Corsi.

#### **PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MARIO CLEMENTE MASTELLA**

(ore 13,05)

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Sull'evolversi della situazione sanitaria provocata dalla sindrome acuta respiratoria severa, cosiddetta SARS, oggetto dell'informativa, richiesta in questa sede, il Governo ha riferito il 20 marzo...

PRESIDENTE. Prego i colleghi di defluire in silenzio, in modo da consentire agli altri di ascoltare. Peraltro si tratta di una materia di una certa gravità. La prego di proseguire, onorevole Corsi.

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. ...in Commissione affari sociali della Camera ed in Assemblea il successivo 2 aprile, rispondendo a tre interrogazioni a risposta immediata ed il 9 aprile in risposta ad un'ulteriore interrogazione.

La patologia in argomento è una sindrome, cioè è una polmonite non inevitabilmente letale, ma sicuramente neanche trascurabile dal punto di vista clinico: in effetti, la letalità è stata registrata dall'Organizzazione mondiale della sanità.

A partire dal 26 febbraio fino alla data del 15 aprile 2003, l'Organizzazione mondiale della sanità ha ricevuto 3.235 segnalazioni di casi sospetti e/o probabili di SARS (va tenuto presente che la definizione di caso è molto aspecifica e possono essere quindi classificati, in un primo momento, come casi sospetti pazienti che presentano semplicemente febbre alta e la provenienza da zone affette), una forma di polmonite atipica di eziologia, al momento ancora sconosciuta, anche se le indagini virologiche in corso fanno convergere l'attenzione sul virus del genere coronavirus.

L'Organizzazione mondiale della sanità sta coordinando le indagini epidemiologiche condotte a livello internazionale per chiarire la natura di questi focolai epidemici e sta lavorando in stretta collabora-

zione con le autorità sanitarie dei paesi colpiti per fornire adeguata assistenza epidemiologica, clinica e logistica.

La SARS è stata riscontrata per la prima volta in Hanoi, Vietnam, il 26 febbraio 2003. L'agente eziologico responsabile deve ancora essere identificato. I dati preliminari scaturiti dalle osservazioni su pazienti affetti da SARS, trattati ad Hong Kong, Taiwan, Singapore, Regno Unito, Canada ed altri paesi, indicano che la maggior parte di loro erano adulti, precedentemente sani, di età compresa tra i 25 e i 70 anni. Pochi casi sospetti sono stati segnalati in ragazzi di età inferiore a 15 anni.

La bassa specificità della definizione di caso proposta dall'OMS, ai fini della sorveglianza globale della SARS, impone prudenza nella valutazione delle segnalazioni di casi sospetti. Alla data del 15 aprile scorso sono stati segnalati, nella situazione sanitaria internazionale, 154 decessi a causa di SARS, che rappresentano un tasso di letalità del 4,7 per cento. I dati disponibili sulle epidemie di SARS tendono ad indicare che la stragrande maggioranza dei casi di tale sindrome continua a verificarsi tra operatori sanitari, nonché tra componenti delle famiglie di questi che abbiano avuto contatti diretti con casi di SARS.

Il numero dei casi, se si esclude la categoria di contatti stretti di pazienti di SARS, rimane basso, anche se nuovi casi di infezione vengono segnalati quotidianamente (va peraltro rilevato che il numero di nuovi casi segnalati è in diminuzione).

Le modalità di trasmissione e l'agente responsabile devono ancora essere determinati. Si ritiene possibile la trasmissione per mezzo delle goccioline di saliva emesse durante la fonazione, la tosse o gli starnuti, così come la trasmissione a seguito di contatti con fluidi corporei o con oggetti contaminati di recente (una o due ore, vista la rapidità dei coronavirus, sui quali si appuntano i maggiori sospetti, in parte confermati da alcuni riscontri di laboratorio, nell'ambiente esterno).

Veniamo alle indagini di laboratorio. Numerosi campioni sono stati raccolti da

casi o nel corso di autopsie ed è stata condotta un'ampia gamma di test di laboratorio, ma ad oggi non è ancora stato identificato con sicurezza alcun agente eziologico. Il sito Internet della International Society for Infectious Diseases aveva diramato notizie secondo le quali i ricercatori dell'istituto di virologia di Francoforte avrebbero riscontrato in campioni (tampone faringeo ed espettorato) provenienti dal paziente ricoverato a Francoforte, tramite microscopia elettronica, particelle virali morfologicamente compatibili con paramyxovirus.

La stessa fonte comunicava in seguito che anche i ricercatori dell'ospedale Prince of Wales e dell'università cinese di Hong Kong avrebbero riscontrato, con la microscopia elettronica, particelle virali compatibili con i paramyxovirus, che sono agenti virali presenti ubiquitariamente. In effetti, successivamente, è stata riscontrata, sempre per mezzo della microscopia elettronica, la presenza di coronavirus in campioni clinici provenienti da pazienti affetti da SARS probabile, ed è questa ad oggi l'ipotesi che trova maggiori consensi, anche se non si escludono altri possibili agenti nella genesi della SARS.

I coronavirus sono virus appartenenti all'ordine dei nidovirales (virus annidati). Essi sono virus a RNA, elica singola, polarità positiva. Le particelle virali hanno forma irregolare e sono dotate di un involucro esterno con proiezioni esterne che formano caratteristico alone o corona (da cui il nome). Possono causare infezioni in vertebrati e sono responsabili di patologie infettive animali, alcune delle quali molto gravi (ad esempio, la peritonite infettiva felina e alcune malattie del pollame).

Il genere coronavirus comprende tre gruppi: gruppo 1, del quale fanno parte virus umani, felini, canini e suini; gruppo 2, del quale fanno parte virus umani, bovini, suini e dei roditori; gruppo 3, del quale fanno parte virus aviari.

Dopo essere stati isolati per la prima volta nei polli nel 1937, i coronavirus sono

considerati, insieme ai rhinovirus, la causa più frequente del comune raffreddore umano.

Le infezioni da coronavirus, sia umane sia veterinarie, sono comuni ed ubiquitarie.

Il coronavirus, riscontrato nei campioni clinici di pazienti con SARS probabile, presenta, comunque, caratteristiche nuove rispetto a quelli precedentemente noti.

Ad oggi, la situazione dei casi probabili di SARS notificati dall'Italia alla Organizzazione mondiale della sanità e alla Commissione dell'Unione europea, che del pari ha attivato un sistema di sorveglianza per gli Stati membri ed i paesi che hanno richiesto l'ingresso nell'Unione europea, è la seguente: Ospedale San Martino di Genova: un caso probabile; il paziente appare in netto miglioramento. Ospedale Luigi Sacco di Milano: un caso probabile; condizioni del paziente in netto miglioramento. Ospedale «Lazzaro Spallanzani» di Roma: un caso probabile in via di dimissione.

Per quanto riguarda le attività della Ministero della salute, lo stesso, non appena ricevute le comunicazioni da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità, ha immediatamente attivato gli USMA (uffici di sanità marittima ed aerea), nonché gli assessorati regionali della sanità con telefax del 15 marzo, che è stato trasmesso anche ad altri ministeri ed organizzazioni coinvolte in problematiche relative a viaggi e soggiorni all'estero.

Nella comunicazione sono stati forniti ragguagli circa le caratteristiche cliniche e sintomatologiche che definiscono la SARS e sono state comunicate le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità per la sorveglianza della sindrome e la gestione di eventuali casi sospetti.

Contestualmente agli uffici di sanità marittima ed aerea e agli assessorati regionali della sanità, sono state allertati i due ospedali specializzati per le malattie infettive che fungono da centro di riferimento nazionale, vale a dire l'Istituto nazionale per le malattie infettive, Lazzaro Spallanzani di Roma, e l'ospedale Luigi

Sacco di Milano, nell'eventualità si rendesse necessario procedere all'ospedalizzazione di possibili casi sospetti.

Il personale degli USMA, che sono dislocati presso i principali porti marittimi ed aeroporti della penisola, oltre a fornire informazioni ai viaggiatori in partenza e in arrivo, sta mettendo in atto le misure di sorveglianza raccomandate dall'Organizzazione mondiale di sanità in caso di aeromobili provenienti da aree interessate dalle epidemie di SARS.

Il Ministero della salute è in stretto e continuo contatto con l'Organizzazione mondiale della sanità e con gli organi dell'Unione europea incaricati della sorveglianza delle malattie infettive in ambito comunitario, attraverso il sistema di allerta rapido sulle malattie infettive.

In aggiunta, vengono fornite indicazioni ai cittadini, agli operatori sanitari, sia tramite il sito Internet, quotidianamente aggiornato, sia attraverso consulenza telefonica fornita da parte della direzione generale della prevenzione, dove operano qualificati esperti. Di tali iniziative è stata fornita notizia con il comunicato stampa n. 42 del 17 marzo 2003.

È opportuno rilevare che le indicazioni fornite sul caso specifico non sono altro che un rafforzamento delle abituali misure di sorveglianza nei confronti delle malattie infettive messe in atto dagli USMA, in accordo con le vigenti disposizioni in materia di profilassi internazionale.

Inoltre, allo scopo di raggiungere tutti i viaggiatori internazionali, e non solo quelli in arrivo da o in partenza per aree infette, sono stati distribuiti, negli ambiti aeroportuali, stampati recanti informazioni sulla sindrome respiratoria acuta severa e indicazioni sulla necessità di rivolgersi ad un medico in caso di comparsa della sintomatologia in persone di ritorno da aree a rischio. Al riguardo, negli aeroporti sono stati affissi poster informativi.

Per quanto riguarda i controlli sanitari, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, i passeggeri in partenza dalle zone infette saranno sottoposti ad interviste per valutare la

presenza di sintomi sospetti e la possibilità di contatti con pazienti affetti da SARS.

Per eventuali casi che si dovessero manifestarsi a bordo di aerei, il comandante deve segnalare l'evenienza alle autorità del paese di destinazione in modo che il paziente ed i soggetti contattati dal medesimo possano essere presi in carico dalle autorità sanitarie del luogo.

I passeggeri che arrivano da una delle zone infette ricevano le informazioni a mezzo di foglietto illustrativo. Tale opera di informazione sarà completata, per la parte di competenza, dagli assessorati alla sanità sulla base delle informazioni fornite dal Ministero della salute.

Veniamo agli ulteriori interventi del Ministero della salute. Dopo le prime iniziative di carattere generale, per la sorveglianza e la gestione della sindrome respiratoria acuta severa, di cui si è riferito, il Ministero della salute ha adottato ulteriori misure e diramato raccomandazioni agli uffici periferici, agli assessorati regionali alla sanità e agli altri ministeri. In particolare, il 18 marzo 2003 gli uffici periferici sono stati invitati a distribuire ai passeggeri di ritorno dalle zone affette dalla SARS (ad oggi Canada: Toronto; Cina: Hong Kong, Guangdong, Shanxi, Taiwan; Singapore; Vietnam: Hanoi) un foglietto informativo in italiano e inglese con le informazioni sulla SARS e sulla necessità di consultare un medico in caso di una eventuale manifestazioni dei sintomi entro dieci giorni dal ritorno da una delle zone affette.

Indicazioni sulla gestione clinica di casi e relativi contatti e sulle misure per la riduzione del rischio di trasmissione dell'infezione in ambiente ospedaliero sono state rese pubbliche sul sito Internet [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

Il 21 marzo 2003 sono stati diramati l'aggiornamento delle definizioni di caso secondo l'Organizzazione mondiale di sanità ai fini della sorveglianza della SARS, indicazioni sulla notifica dei casi sospetti al Ministero della salute, l'aggiornamento epidemiologico e notizie sui risultati preliminari dell'identificazione dell'agente eziologico della SARS medesima. Il 24

marzo 2003 sono stati definiti i criteri per la dimissione ospedaliera di pazienti con sospetta SARS e per il loro *follow-up* a distanza di tempo. Il 28 marzo 2003 è stato comunicato agli uffici periferici l'aggiornamento delle raccomandazioni OMS per la riduzione del rischio SARS legato ai viaggi internazionali. Il 29 marzo 2003 sono stati aggiornati il quadro epidemiologico, le linee guida per la gestione di eventuali casi sospetti a bordo di aeromobili e le indicazioni dell'OMS in materia di viaggi internazionali. Il 31 marzo 2003 sono state comunicate le specifiche sull'attività di sorveglianza e sulla necessità di segnalare casi sospetti secondo le definizioni proposte dall'Organizzazione mondiale della sanità per la sorveglianza globale della SARS. Il 1° aprile 2003 è stato trasmesso agli uffici di sanità marittima ed aerea un facsimile di manifesto contenente avvertenze per i viaggiatori in arrivo ed in partenza per le zone affette. Nella stessa data, con telefax n. 400.3/113.3/1767, sono state diramate agli uffici periferici ed agli assessorati alla sanità istruzioni circa l'opportunità di raccomandare ai viaggiatori il differimento di viaggi non essenziali verso le aree affette, risultanti dall'elenco costantemente aggiornato a cura dell'OMS e riportate anche nel nostro sito. Il 7 aprile, con telefax n. 400.3/113.3/1767 i medesimi destinatari hanno ricevuto indicazioni circa l'uso di dispositivi di protezione individuale che, secondo l'avviso dell'Istituto superiore di sanità e dell'ISPELIS va riservato alle situazioni in cui vi sia contatto con casi sintomatici di SARS sospetta.

Altre importanti iniziative, concordate con il Dipartimento della protezione civile, che può disporre di procedure d'urgenza per le attività da svolgere, sono le seguenti: rinforzare la presenza sanitaria alle frontiere, con personale medico assunto allo scopo dalla Protezione civile, soprattutto per quanto riguarda gli scali aerei internazionali di Fiumicino e di Malpensa e gli scali marittimi per carghi e portacontainers di Gioia Tauro e di Vado Ligure; richiedere la redazione, da parte dei passeggeri, di moduli di sbarco contenenti

domande per l'acquisizione di notizie da ogni viaggiatore in arrivo, compresi i luoghi di origine e di soggiorno in Italia, ai fini della rintracciabilità; ispezionare i bagagli per accertare l'eventuale presenza di materiale sospetto; messa in stato di allerta dei prefetti, soprattutto con riferimento a quelli nel cui ambito territoriale di competenza esistono centri di accoglienza per clandestini extracomunitari, con particolare attenzione per quelli provenienti dalla Cina o da altra zona di infezione, affinché venga rinforzata la sorveglianza sanitaria; misure urgenti di potenziamento dei centri dedicati alle malattie infettive, con particolare riguardo all'istituto Lazzaro Spallanzani di Roma ed all'ospedale Sacco di Milano.

Per quanto concerne l'eventuale diffusione del virus in Europa ed in Italia, occorre sottolineare che, ad oggi, in nessun paese europeo ne è stata dimostrata la trasmissione in ambito locale, perché i casi sospetti sono stati prontamente ricoverati in reparti di isolamento e, nel contempo, sono state adottate misure per la prevenzione del rischio di infezione in ambito ospedaliero.

Infine, sarà possibile adottare altre misure di *screening* non appena si renderanno disponibili test diagnostici rapidi.

Il monitoraggio dei dati epidemiologici relativi ai casi di sindrome acuta respiratoria severa rientra nelle competenze istituzionali del Ministero della salute, che si avvale dell'Istituto superiore di sanità per l'attività di consulenza e per il corredo di pareri tecnici.

I dati epidemiologici attuali dei casi di SARS a tutt'oggi notificati all'Organizzazione mondiale della sanità sono riportati in una tabella predisposta e costantemente aggiornata dal Ministero della salute e resa qui disponibile.

Oltre ai tre casi probabili, segnalati dall'Italia all'OMS e riportati in tabella, sono stati rilevati casi sospetti la maggior parte dei quali non rispondenti affatto alla definizione di caso OMS per mancanza di dati clinici o anamnestici ovvero immediatamente esclusi su base clinica.

In complesso, le segnalazioni pervenute al ministero fino al 15 aprile sono state 37, così distribuite per ciascuna regione: Campania 2, Emilia-Romagna 1, Lazio 2, Liguria 2, Lombardia 10, Marche 5, Piemonte 2, Toscana 7, Veneto 6. Un caso è stato trasferito all'ospedale Sacco di Milano.

Le disposizioni in merito alla sorveglianza epidemiologica della SARS sono state fornite da questo ministero non appena ricevute le comunicazioni diramate dall'Organizzazione mondiale della sanità con circolare telefax del 15 marzo 2003 agli uffici di sanità marittima ed aerea, agli assessorati regionali della sanità, nonché ad altri ministeri ed organizzazioni coinvolti in problematiche relative a viaggi e soggiorni all'estero, e sono state successivamente aggiornate con altre circolari telefax, l'ultima delle quali è quella del 10 aprile 2003, che aggiorna anche le indicazioni in materia di sorveglianza e gestione di casi sospetti e probabili, di contatti di casi, di controllo delle infezioni in ambito ospedaliero, di gestione di convalescenti.

In particolare, per quanto riguarda la sorveglianza dei casi attuali, la circolare telefax del 10 aprile 2003 sottolinea che, in data 1° aprile 2003, l'Organizzazione mondiale della sanità ha ulteriormente rivisto le definizioni di caso della SARS, inserendo, ai fini della classificazione finale di casi inizialmente segnalati come sospetti, alcuni criteri di esclusione.

Le nuove definizioni di caso, da usare ai fini della sorveglianza della SARS in ambito nazionale, sono quelle riportate qui di seguito.

Caso sospetto: una persona che, dopo il 1° novembre 2002, presenti una storia di febbre alta a 38°C, tosse o difficoltà respiratorie, contatto ravvicinato nei dieci giorni precedenti l'inizio dei sintomi con un caso sospetto o probabile di SARS, storia di viaggio nei dieci giorni precedenti l'inizio dei sintomi in aree affette; una persona con una malattia respiratoria acuta non spiegata, con conseguente decesso dopo il 1° novembre 2002 ed in cui non sia stata eseguita autopsia.

Caso probabile: un caso sospetto con dimostrazione radiologica di infiltrati compatibili con polmonite o sindrome da distress respiratorio; un caso sospetto con riscontro autoptico compatibile con sindrome da distress respiratorio, senza altre cause identificabili.

Criteri di esclusione: un caso dovrebbe essere escluso se una diagnosi alternativa può spiegare pienamente la malattia.

Riclassificazione dei casi: poiché la SARS viene attualmente diagnosticata per esclusione, la condizione di un caso notificato può cambiare nel corso il tempo. Un caso inizialmente classificato come sospetto o probabile, e per il quale una diagnosi alternativa può spiegare pienamente la malattia, dovrebbe essere scartato. Tutti i casi sospetti che dopo adeguata indagine rispettano la definizione di caso probabile dovrebbero essere riclassificati di conseguenza come probabili.

I casi sospetti con radiografia normale dovrebbero essere trattati nel modo ritenuto, dal punto di vista clinico, appropriato e monitorati per sette giorni. I casi con un recupero non adeguato dovrebbero essere nuovamente sottoposti a radiografia e valutati sulla base delle risultanze di questa.

I casi che mostrano un recupero adeguato, ma per cui non può essere posta diagnosi alternativa, dovrebbero rimanere classificati come sospetti.

Un caso sospetto con esito mortale, in cui non sia stata eseguita autopsia, dovrebbe rimanere classificato come sospetto a meno che non venga identificato come parte di una catena di trasmissione che si sia verificata dopo l'inizio della malattia.

Se all'autopsia non vengono riscontrati segni di sindrome da distress respiratorio, il caso dovrebbe essere classificato come scartato.

Per quanto riguarda la notifica, ai fini della corretta sorveglianza della SARS vanno contestualmente segnalati al Ministero della salute — Direzione generale della prevenzione, all'assessorato regionale alla sanità, all'azienda sanitaria locale competente per territorio, esclusivamente i casi rispondenti alle definizioni di caso

sopra riportate, utilizzando la scheda di notifica prevista per le malattie infettive della classe I del decreto ministeriale del 15 dicembre 1990.

Gestione dei casi di SARS. Gli operatori sanitari incaricati della prima valutazione («*triage*») dovrebbero immediatamente smistare le persone che si presentano con sintomi di tipo simil-influenza verso un'area separata di valutazione, al fine di minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti in attesa.

Le persone con sintomi sospetti dovrebbero indossare mascherine N95, fintanto che la SARS non venga esclusa.

Il personale incaricato del *triage* dovrebbe indossare mascherine N95 e lavare le mani con acqua e sapone prima e dopo ogni contatto con qualsiasi paziente, dopo attività che possano esporre a contaminazione e dopo aver rimosso i guanti.

La circostanza del ricovero di un caso sospetto di SARS va immediatamente comunicata al comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere del nosocomio.

Gestione di casi sospetti: esaminare immediatamente i casi sospetti, tenendoli possibilmente separati dagli altri pazienti in attesa; munire i casi sospetti di mascherina N95; ottenere e registrare una dettagliata storia clinica e la storia recente di viaggi e contatti personali, compresi il verificarsi di malattia respiratoria acuta in persone con cui siano stati a contatto nei 10 giorni precedenti; eseguire radiografia del torace ed un emocromo completo.

Se la radiografia del torace è normale, occorre: trattare il caso secondo la prassi corrente e la severità clinica; se il paziente viene dimesso, deve essere avvertito della necessità di ritornare immediatamente presso la struttura sanitaria, qualora la sintomatologia respiratoria dovesse peggiorare; fornire consiglio su misure di igiene personale, ed in particolare sul lavaggio delle mani, nonché sull'opportunità di rimanere a casa finché non pienamente ristabiliti, evitando luoghi affollati e mezzi di trasporto pubblici; notificare il caso sospetto.

Se la radiografia del torace dimostra infiltrati unilaterali o bilaterali con o senza infiltrato interstiziale, il caso va classificato come caso probabile.

Circa la gestione dei casi probabili, è necessario: ricoverare in ospedale in condizioni di isolamento, in stanze singole, oppure nelle stesse stanze in cui siano ricoverati altri casi di SARS; prelevare campioni clinici per escludere altre cause di polmonite (incluse quelle atipiche); prelevare campioni per indagini di laboratorio su SARS, che comprendono: conta dei globuli bianchi, conta piastrine, creatinfosfochinasi, transaminasi ed altri test di funzionalità epatica, urea, elettroliti, proteina C reattiva.

I campioni da prelevare dovrebbero essere almeno i seguenti: campioni faringei o nasofaringei, per esami batteriologici e virologici; sangue per emocoltura e per sierologia; urine, per le ricerche di antigeni batterici; sputo, escreato; lavaggio broncoalveolare.

Occorre, inoltre: monitorare l'emocromo completo almeno a giorni alterni, per la valutazione della formula leucocitaria e del numero delle piastrine; eseguire altre radiografie del torace, o altri accertamenti strumentali, sulla base delle indicazioni cliniche; trattare sulla base delle indicazioni cliniche; raccogliere dati utili ad identificare i contatti ravvicinati del caso dal momento dell'insorgenza dei sintomi; prestare particolare attenzione alle pratiche terapeutiche ed agli interventi che possono causare aerosolizzazione quali l'uso di nebulizzatori per la somministrazione di broncodilatatori, fisioterapia toracica, broncoscopia, gastroscopia, ed ogni intervento che possa avere ripercussioni sulla continuità delle mucose del tratto respiratorio; notificare il caso probabile.

I campioni clinici dovrebbero essere conservati per eventuali indagini aggiuntive, nel caso non si arrivasse subito ad una diagnosi definitiva.

Per quanto concerne il trattamento, poiché l'eziologia di questa sindrome non è ancora stata chiarita, non possono essere date raccomandazioni specifiche per il trattamento clinico dei casi; la terapia

dovrebbe comunque comprendere, oltre alle terapie di supporto ritenute appropriate sulla base della situazione clinica del paziente, copertura antibiotica per microrganismi associati a polmoniti di eziologia non chiara acquisite in comunità.

Per quanto concerne la gestione di contatti di casi sospetti e probabili, si definisce come «contatto» una persona che può essere a rischio di sviluppare la SARS a seguito dell'esposizione ad un caso sospetto o probabile di SARS nel momento in cui questo è sintomatico.

Le informazioni fin qui disponibili indicano che i contatti a rischio sono quelli derivanti dalla coabitazione, dall'assistenza sanitaria, da contatti con secrezioni respiratorie o altri fluidi biologici di un caso sospetto o probabile di SARS (rispondente alle definizioni di caso sopra riportate).

Nel caso di contatti di casi probabili, le indicazioni sono le seguenti: fornire informazioni circa i possibili sintomi clinici della SARS ed il tempo entro cui si possono manifestare; prendere nota di nome, indirizzo e recapiti telefonici, dove i soggetti saranno rintracciabili per i dieci giorni successivi; sottoporre a sorveglianza attiva per la durata di dieci giorni dall'ultimo contatto, mediante visite o telefonate giornaliere per prendere nota della temperatura corporea, che va misurata due volte al giorno; il contatto è libero di continuare le sue abituali attività, e comunque, nel caso si manifestino febbre ed altri sintomi, il contatto deve essere valutato in un centro clinico dopo aver preso i necessari accordi per la presa in carico.

Nel caso di contatti di casi sospetti, le indicazioni sono le seguenti: fornire informazioni circa i possibili sintomi clinici della SARS, il tempo entro cui si possono manifestare; prendere nota di nome, indirizzo e recapiti telefonici dove i soggetti saranno rintracciabili per i dieci giorni successivi; sottoporre a sorveglianza passiva per la durata di dieci giorni dall'ultimo contatto; il contatto è libero di continuare le sue abituali attività, e comunque, nel caso si manifestino febbre ed altri sintomi, la circostanza va riferita imme-

diatamente per telefono all'autorità sanitaria locale (azienda sanitaria locale) che disporrà per la successiva presa in carico e darà istruzioni perché ci si astenga dal lavoro finché non si siano ricevute ulteriori istruzioni; si evitino luoghi pubblici finché non si siano ricevute ulteriori istruzioni; si riducano i contatti con componenti della propria famiglia e con conoscenti.

Per quanto riguarda il controllo delle infezioni in ambito ospedaliero, nell'assistenza sanitaria di pazienti con sospetta o probabile SARS, si raccomanda la stretta adesione alle precauzioni standard per la prevenzione di trasmissione di agenti infettivi ad opera di contatti con fluidi corporei, goccioline di saliva, aerosol.

I casi sospetti e probabili di SARS dovrebbero essere posti in isolamento e sistemati, in ordine decrescente di preferenza, come segue: in stanze con pressione negativa e porta chiusa; in stanze singole con bagno separato; con pazienti con stessa patologia, in stanze a più letti o in corsia con sistema di aerazione indipendente.

Se non è disponibile una fonte indipendente di aria, si raccomanda di spegnere il sistema di condizionamento dell'aria, se centralizzato, assicurando un'adeguata ventilazione aprendo le finestre. I pazienti in cui la valutazione per SARS è ancora in corso dovrebbero, per quanto possibile, essere separati da quelli in cui la sindrome è già stata diagnosticata livello di caso probabile.

Tutto il personale, incluso quello ausiliario, va istruito sulle misure per il controllo delle infezioni richieste per la cura di tali pazienti. Se è possibile, va identificata una unità di personale che abbia il solo compito di osservare l'attività del restante personale, e di fornire ritorno di informazione sul controllo delle infezioni.

Nel trattamento e nell'assistenza di pazienti con SARS, dovrebbero essere usati, come di prassi, materiale monouso. Se dovesse essere necessario riutilizzare dispositivi medici, questi dovrebbero, di prassi, essere sterilizzati secondo le istru-

zioni fornite dai produttori. Le superfici dovrebbero essere pulite con disinfettanti di provata efficacia ad altro spettro.

Gli spostamenti dei casi probabili di SARS dovrebbero essere evitati il più possibile. I pazienti con probabile SARS che vengono trasferiti ad altri reparti o strutture, dovrebbero indossare una mascherina chirurgica per ridurre la dispersione di droplets. Le mascherine standard monouso N95, spesso usate come protezione contro altre infezioni respiratorie altamente trasmissibili, sono da preferire se tollerate dai pazienti. Il personale che accede al reparto di isolamento dev'essere dotato dei seguenti dispositivi di protezione individuale: maschere N95; guanti (un solo paio); occhiali o visiera protettiva; camice monouso; grembiule; calzature che possano essere decontaminate o sovrascarpe monouso.

Le mascherine chirurgiche sono un'alternativa meno efficace rispetto alle mascherine N95. Si consiglia agli operatori sanitari di indossare maschere ogni volta che esista la possibilità di spruzzi o schizzi di sangue o di altri fluidi corporei, o in situazioni in cui possa avvenire la diffusione di infezioni per via aerea.

Camici, con grembiuli impermeabili, e copricapi dovrebbero essere indossati durante procedure mediche e attività del paziente che si ritiene possano generare schizzi o spruzzi di secrezione respiratorie.

Gli operatori sanitari dovrebbero indossare occhiali protettivi o schermi facciali durante procedure in cui possano potenzialmente prodursi spruzzi di sangue o di altri fluidi biologici. Il lavaggio delle mani è la misura igienica più importante nella prevenzione della diffusione dell'infezione. I guanti non sono un'alternativa al lavaggio delle mani. Le mani dovrebbero essere lavate prima e dopo contatti significativi con qualsiasi paziente, dopo attività che possono causare contaminazione e dopo la rimozione dei guanti. In particolari circostanze, quando non siano immediatamente disponibili acque e sapone, possono essere usati disinfettanti per la cute a base di alcool.

Le precauzioni standard per il controllo delle infezioni dovrebbero essere applicate ogni volta che si manipoli un qualsiasi rifiuto ospedaliero. Tutti i rifiuti dovrebbero essere manipolati con attenzione per evitare lesioni da oggetti taglienti non visibili. Guanti e indumenti protettivi dovrebbero essere indossati ogni volta che si manipolino sacchi e contenitori per rifiuti ospedalieri. Per quanto possibile, dovrebbe essere evitata la manipolazione manuale dei rifiuti. I rifiuti ospedalieri devono essere posti in adeguati sacchi impermeabili o in appositi contenitori etichettati e smaltiti in sicurezza secondo le normative vigenti.

Gli effetti lettereschi e la biancheria del paziente dovrebbero essere preparati all'interno della stanza per l'invio alla lavanderia, e posti in doppia busta di plastica impermeabile; il personale incaricato di tale preparazione deve indossare adeguati DPI.

Le stanze di degenza vanno pulite con disinfettanti domestici ad ampio spettro di provata attività antivirale; il personale incaricato della pulizia deve indossare adeguati DPI.

Per quanto concerne i criteri per la dimissione ed il *follow-up* dei pazienti affetti da SARS, prima di decisioni circa la dimissione dall'ospedale di pazienti cui è stata diagnosticata SARS, sospetta o probabile, si raccomanda di prendere in considerazione i seguenti criteri. Per quanto concerne la sintomatologia e dati clinici: paziente afrebbre da almeno 48 ore; assenza di tosse. Test di laboratorio (se precedentemente alterati): globuli bianchi (linfociti) ritornati nel *range* di normalità; conta piastrinica nel *range* di normalità; creatinfosfochinasi ritornata nel *range* di normalità; test di funzionalità epatica ritornati nel *range* di normalità; proteina C reattiva ritornata nel *range* di normalità. Per quanto concerne i reperti radiologici: quadro radiologico in via di miglioramento.

In ordine al *follow-up* dei convalescenti, i pazienti convalescenti dimessi dovrebbero monitorare e registrare la temperatura corporea due volte al giorno.

Qualora la temperatura dovesse aumentare fino ad almeno 38° C in due misurazioni consecutive, la circostanza va riferita alla struttura ospedaliera da cui sono stati dimessi.

Come parte del *follow-up*, ad una settimana dalla dimissione, oppure prima laddove il clinico ritengo opportuno, vanno ripetuti: la radiografia del torace, l'emocromo completo e tutti gli altri test ematochimici precedentemente risultati alterati.

**PRESIDENTE.** Onorevole sottosegretario, le manca molto per concludere il suo intervento?

**CESARE CURSI, Sottosegretario di Stato per la salute.** No, Presidente. I controlli successivi sono raccomandati sino al momento in cui i quadri radiologico e clinico ritornino nella norma. Gli esami di controllo dovrebbero essere eseguiti dalla struttura presso cui era avvenuto il ricovero. A tre settimane dall'insorgenza dei sintomi va effettuato un prelievo per esame sierologico, da consegnare alla struttura di dimissione.

A scopo precauzionale, e fintanto che non si avranno maggiori informazioni sull'agente eziologico e la sua potenziale persistenza nei soggetti guariti, si raccomanda che i pazienti, dimessi con diagnosi di sospetta o probabile SARS, evitino di riprendere le normali attività (lavoro, scuola, comunità) per almeno sette giorni dal momento della dimissione: durante tale periodo i pazienti dovrebbero rimanere al proprio domicilio, limitando al minimo eventuali contatti.

I contatti familiari di un paziente dimesso con diagnosi di sospetta, probabile SARS debbono seguire attentamente le raccomandazioni per una corretta igiene delle mani. Come misura precauzionale è anche opportuno non condividere salviette ed asciugamani, così come stoviglie e posate. Tutti questi oggetti possono, comunque, essere usati da altre persone dopo essere stati lavati come di consueto.

Questa informativa del Governo è sufficientemente lunga e dettagliata. Ovvia-

mente, lo stesso Governo segue questa situazione con la necessaria tempestività e, qualora si verificassero altri casi (ci auguriamo di no), è pronto a riferire al Parlamento sulle iniziative intraprese.

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare l'onorevole Palumbo. Ne ha facoltà.

Mi raccomando, è Pasqua per tutti, non soltanto per coloro che sono andati via ma anche per quelli che sono rimasti. Prego, onorevole Palumbo.

**GIUSEPPE PALUMBO.** Signor Presidente, mi ritengo particolarmente soddisfatto dell'informativa veramente esauriente, completa e corposa fornita dal Governo riguardo al problema della SARS, alla sua diffusione ed a ciò che si sta facendo attualmente per quanto concerne il suo controllo dal punto di vista epidemiologico e clinico. Addirittura, il Governo ci ha voluto fornire anche indirizzi di ordine terapeutico oltre che preventivo; pertanto, direi che siamo andati anche oltre.

Anche se il problema non va assolutamente sottovalutato, sicuramente quella causata dai coronavirus è un'infezione virale a cui bisogna sicuramente prestare attenzione. Finora, in Italia, i casi sono piuttosto limitati, ma certamente bisogna stare molto attenti e condivido ciò che il Governo sta facendo attualmente.

Vi sono delle novità, come abbiamo letto questa mattina sui giornali. Il Ministero della salute ha istituito una *task force* costituita da esperti virologi e microbiologi dell'Istituto superiore di sanità e del Ministero della salute che controlleranno passo dopo passo l'evolversi di questa malattia. Ciò mi sembra molto importante perché, come ha fatto rilevare il Governo, occorre evidentemente osservare il progredire di questa infezione causata da coronavirus. Tale virus, per fortuna, difficilmente sopravvive all'esterno ed il contagio avviene per contatto direi quasi diretto — come ha affermato il sottosegretario Cursi — con la contaminazione attraverso il passaggio di materiale infetto.

Pertanto, il personale più a rischio (su questo aspetto occorre prestare la mas-

sima attenzione) è sicuramente quello ospedaliero, nonché gli addetti agli aeroporti e alle frontiere (il cosiddetto USMA) e ad essi bisogna prestare la maggiore attenzione.

In merito a ciò, ritengo che il Governo abbia dato le giuste direttive e, pertanto, mi ritengo soddisfatto, nella speranza che l'infezione possa essere fermata, soprattutto all'origine. Mi auguro che al più presto (mi sembra che siamo già a buon punto) possa essere isolato il virus per costituire un vaccino adatto. Sembra anche, secondo notizie di oggi, che siano stati compiuti grandi passi in avanti per predisporre un test rapido, che ci permetta di escludere quei casi di broncopolmonite atipica che non sono causati da coronavirus per poter evitare l'allarme e poterli eventualmente isolare.

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare l'onorevole Labate. Ne ha facoltà.

**GRAZIA LABATE.** Signor Presidente, naturalmente il sottosegretario Cursi ci ha fornito un'ampia informativa su tutta la strumentazione di prevenzione e sorveglianza per i casi di SARS nel nostro paese ed il Governo ha certamente seguito i protocolli internazionali che l'Organizzazione mondiale della sanità ha proposto all'attenzione di tutti gli Stati.

Sarebbe stato più interessante conoscere, oltre a tutta la casistica e la strumentazione sul terreno della sorveglianza e della prevenzione — come ha detto il presidente Palumbo — l'attività di questa *task force* messa in capo all'Istituto superiore di sanità e al Ministero della salute. Infatti, quest'ultima non solo dovrebbe coordinare le attività di sorveglianza, ma anche conoscere immediatamente i casi notificati, raccogliere la documentazione radiologica e, al tempo stesso, realizzare una banca di tessuti e materiale biologico proprio per giungere a diagnosi certe, considerato che la casistica italiana non porta all'affermazione di diagnosi certe di SARS.

Da questo punto di vista, sottosegretario Cursi, concludo con due domande al

Governo. Se è così che la *task force* deve operare chiedo se il Governo avrà da oggi pomeriggio, quando a Ginevra saranno riuniti tutti i rappresentanti dell'Organizzazione mondiale della sanità, la capacità di mantenere questo costante collegamento al fine di mettere in campo proprie risorse. Vorrei sapere se, una volta sequenziato l'RNA del virus ed evidenziato il *kit* diagnostico, il Governo abbia già predisposto l'accantonamento di risorse per provvederci di tali *kit* e se i centri di riferimento, Sacco a Milano e Spallanzani a Roma, siano stati dotati della strumentazione antivirale (ribavirina e steroidi) necessaria nei casi in cui la sintomatologia riveli una certa virulenza.

Voglio augurarmi che il Governo abbia pensato anche a tali soluzioni e, se così è, possiamo ritenerci soddisfatti della strumentazione messa in campo fino ad oggi.

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare l'onorevole Giulio Conti. Ne ha facoltà.

**GIULIO CONTI.** Signor Presidente, mi dispiace per l'ora ma devo dire qualcosa di diverso. Si tratta di una polmonite virale, come lo sono la maggior parte delle polmoniti oggi, dato che le polmoniti batteriche sono diventate una grande rarità. Il fatto che l'ospedale Cotugno di Napoli l'abbia liquidata come una molto probabile polmonite batterica senza avere fatto gli esami istologici del morto mi sembra poco avveduto.

Per entrare nel merito del problema, credo si dovesse provvedere all'isolamento dei 12 soggetti che hanno avuto contatti con il defunto. Un provvedimento opportuno del sindaco sarebbe stato quello che le madri hanno preso autonomamente, ovvero di non mandare i propri figli a scuola. Questa è una prima osservazione che ritengo molto importante e dovrebbe essere seguita in ogni caso di presenza di malato di polmonite killer, o sospetta tale, per impedire sul nascere un'epidemia, come è accaduto, per distrazioni e per il superficiale metodo adottato in Cina dove l'epidemia è diventata mortale per migliaia di persone.

Il fatto che questo tipo di virus non identificati possano provocare epidemie in Italia non è una novità: abbiamo avuto negli anni dell'anteguerra la spagnola e nel post guerra l'asiatica, con maggiore o minore gravità anche per le capacità minori o maggiori di terapia. Ritengo che essere poco accorti su questo o lasciarci guidare dalla fortuna o dal destino positivo non sia molto avveduto. Questa è una raccomandazione che vorrei fare.

La *task force* sta dicendo cose scontate, ma anche contraddittorie. Lavarsi le mani significa che il contagio avverrebbe per contatto? Mettere la mascherina significa che la diffusione del virus avverrebbe per via aerea? Non si sa, dunque stiamo navigando nel buio e prendendo provvedimenti doverosi nella massima libertà e liberalità come prevenzione della patologia. Questo è un discorso da fare con molta attenzione.

Per quanto riguarda i consigli in positivo ritengo che tutti quanti lavorano a livello medico sanitario nei porti, negli aeroporti e dovunque vi sia possibilità di un contagio tramite passeggeri — e non si tratta solo della solita storia degli emigranti — che abbiano avuto contatti con zone dove c'è l'epidemia debbano essere protetti. Inoltre, bisogna dettare norme severe di isolamento per coloro i quali hanno avuto la possibilità di contagio, altrimenti non compiamo un'azione preventiva seria nel vero senso della parola.

Per quanto riguarda la cura bisogna dare antibiotici e, aggiungo, anche sulfamidici ed antinfiammatori aspecifici, forse l'unica cosa che oggi possa funzionare poiché non si sa qual è la causa della malattia. Ritengo che questo sia un discorso doveroso, ma bisogna riconoscere che, finché non si forma nell'individuo una solida difesa autoimmunitaria, si tratta di tentativi che non ci lasciano molto tranquilli.

Vi è quindi la necessità di isolare coloro i quali (soprattutto bambini ed anziani) hanno avuto contatti con i malati o sospetti malati. Dovrebbe essere utilizzata una mascherina con filtro da parte di tutti coloro che hanno la necessità e

l'obbligo di lavorare con persone sospette, oltre alle altre misure di igiene consigliate dall'OMS. Soprattutto occorre essere molto accorti a livello di scuole, con un'opportuna rigidità da parte dei sindaci (che rappresentano l'autorità sanitaria preventiva per quanto riguarda l'igiene e la diffusione delle malattie infettive) nel decidere la chiusura delle scuole per una settimana, perché così si tranquillizza la gente e probabilmente si evita la nascita di un'epidemia.

Con riguardo al caso di Amalfi, vorrei dire, Presidente, che i 12 soggetti che hanno avuto contatti con la persona deceduta non sono stati isolati e non mi pare che ciò sia giusto.

**PRESIDENTE.** Onorevole Giulio Conti, la invito a concludere.

**GIULIO CONTI.** Ritengo peraltro che si faccia ancora in tempo ad isolarli, perché si conoscono i loro indirizzi e i loro numeri di telefono. È dunque opportuno farlo, anche perché fare una lastra, come ha detto il sottosegretario, costa pochi minuti. Anche se fare una lastra non rappresenta certamente una grande garanzia — ma si potrebbe fare anche un vetrino e tutto insieme comporterebbe ventiquattr'ore di tempo —, tuttavia mi sembra che essa sia una misura doverosa.

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare l'onorevole De Franciscis. Ne ha facoltà.

**ALESSANDRO DE FRANCISCIS.** Siccome provengo da quella cultura politica che ritiene che di solito il medico sia un cattivo ministro di sanità, come l'operatore di diritto un cattivo ministro di giustizia, ho apprezzato che sia stato il giurista e collega parlamentare Cursi a relazionare oggi in aula su questo tema. Ho apprezzato la serie imponente di dati che egli ci ha indicato, anche se è sembrata — come è parso a molti dei presenti — più una presentazione per un caso clinico (una sorta di corso di aggiornamento per specializzandi), piuttosto che una relazione da parte del Governo di fronte ad un'emergenza.

L'epidemia di SARS, così come presentata dal sottosegretario pone al centro del nostro dibattito la questione del timore che epidemie di questa natura possano rapidamente diffondersi in tutto il mondo. D'altra parte, la ragione scatenante — almeno così ci è stato detto — della guerra contro l'Iraq sarebbe stata proprio nel probabile possesso di armi biologiche e di distruzione di massa e d'altronde anche l'epidemia dell'AIDS è una realtà che tutti noi ricordiamo e conosciamo ancora oggi.

Questa relazione del sottosegretario mi è parsa quindi un po' in chiusura, un po' in difesa, tutta italica, quasi a non riconoscere e a pensare in una funzione più larga e più globale. Un po' come la questione dell'AIDS, che inizialmente si pensava fosse trasmessa dalle comunità omosessuali e nel frattempo si è perso qualche mese nel riconoscere che per esempio in Italia passava attraverso i rapporti sessuali di tipo eterosessuale ed anche attraverso coloro che facevano uso di siringhe o aghi monouso già utilizzati.

Credo allora che questa questione, signor sottosegretario per la salute, debba invece diventare centrale per il Governo del nostro paese, perché può servire per fare qualcosa sul grosso problema della cultura epidemiologica, che invece è ancora molto indietro tra gli operatori del settore nel nostro paese. Il caso segnalato all'ospedale Cotugno di Napoli e la morte del paziente che proveniva dalla costiera amalfitana di fatto evidenzia la totale impreparazione del nostro sistema sanitario, nel suo complesso, davanti a questioni che attengono a fatti di epidemie di questo genere.

La lunga dissertazione che lei, signor sottosegretario, ci ha fatto sul tipo di diagnosi tra caso sospetto e caso certo, che poi di fatto è quello che avviene con due soli elementi (la parte clinica e la provenienza del paziente), mostrano che trattasi di una diagnosi incerta, come diceva anche il direttore dell'Istituto superiore di sanità, Garaci, e tutto quello che si poteva fare — lo ribadiva ancora questa mattina l'assessore alla sanità della regione Campania Tufano — viene fatto.

Ma dal caso di Napoli, signor sottosegretario, credo che dovremmo trarre alcuni insegnamenti, ma soprattutto l'impegno forte verso alcune azioni conseguenti. Lei stesso ha detto che esistono in Italia due soli ospedali che possono affrontare compiutamente l'emergenza. Se il signor sottosegretario, che è uno dei soli quattro parlamentari presenti in quest'aula, mi ascoltasse, mi sentirei confortato, signor Presidente.

Lei stesso, dicevo, prima ci ha detto che esistono due soli ospedali in grado oggi di affrontare questa emergenza: lo Spallanzani di Roma e il Sacco di Milano.

Successivamente lei ha detto, nella sua relazione, che i trasferimenti dei pazienti con questa malattia sospetta dovrebbero invece essere limitati il più possibile.

In un paese relativamente piccolo per estensione come l'Italia, è possibile immaginare di realizzare, nella rete di interventi che verranno — perché, purtroppo, questa malattia si diffonderà nel paese, come in tutto il mondo, infatti riguarda già la Francia, la Spagna, la Svezia, la Svizzera, il Regno Unito e negli Stati Uniti ci sono già 19 morti su 193 casi segnalati (siamo nell'ordine del 10 per cento) —, una intelligente ed organizzata rete di trasporti per portare i pazienti, dopo un primo filtro che chiamiamo *triage*, direttamente presso questi due centri specializzati, quello di Roma e quello di Milano. Ciò consentirebbe di rispondere alla domanda su come ci si arriva e chi tocca questi pazienti.

Infatti, ciò che non emerge dalla relazione resa dal Governo al Parlamento questa mattina — oltre alla parte clinica e microbiologica — è che in questi giorni, in Campania, si è registrato il panico tra gli operatori. Gli infermieri, i barellieri, gli autisti di ambulanza non vogliono avere a che fare con questo tipo di pazienti.

Inoltre, la cabina di regia o *task force* di cui si è parlato dovrebbe, a differenza di quanto avvenuto con riferimento all'AIDS, tenere presente la micidiale diversità di questo contagio, che avviene per via respiratoria.

Nella passata legislatura era stato abolito il Ministero della salute per valoriz-

zare le regioni e le agenzie speciali. Dunque, potremmo affidare ad una cabina di regia, tra Ministero ed Istituto superiore di sanità, il controllo del trasporto di questi pazienti, al fine di non banalizzare il tema, come invece ha fatto il ministro Sirchia, che ha dichiarato che, tutto sommato, di SARS si muore meno che di polmonite (ma la polmonite sicuramente non ha i livelli di mortalità sopra il 5 per cento come la SARS).

Dunque occorrono: informazione ai cittadini, formazione logistica, trasporti protetti e risorse finanziarie disponibili per affrontare quella che sicuramente, nei prossimi mesi, apparirà come un'emergenza.

Inoltre, consegno a lei, signor sottosegretario, una preoccupazione in ordine alla situazione dei bambini. Ben presto questa infezione arriverà anche all'età pediatrica e non vorremmo — come già abbiamo cominciato a fare nella Commissione per l'infanzia approfondendo la questione delle malattie infettive dei bambini — che i bambini potenzialmente affetti da SARS finiscano chiusi in qualche reparto di adulti, in qualche ospedale che in maniera impacciata e, probabilmente, disorganizzata affronterà tale questione.

**PRESIDENTE.** Invito i colleghi a contenere i propri interventi nel tempo stabilito.

Ha chiesto di parlare l'onorevole Lucchese. Ne ha facoltà.

**FRANCESCO PAOLO LUCCHESE.** Signor Presidente, signor sottosegretario, ho ascoltato la lunga e dettagliata relazione del senatore Corsi sulla vicenda della SARS. A mio avviso, non si è dimenticato nulla: sono state prese tutte le precauzioni, è stato previsto il controllo degli aerei ed è stata resa anche una precisa informazione.

Dunque, non voglio soffermarmi su ciò, in quanto sono assolutamente soddisfatto delle misure adottate dal Ministero della salute in relazione al controllo dell'epidemia. Vorrei, invece, svolgere una riflessione sull'eventuale allarmismo e sulle