

**COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**INDAGINE CONOSCITIVA**

**3.**

**SEDUTA DI MARTEDÌ 19 NOVEMBRE 2019**

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE **MARIALUCIA LOREFICE**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Rostan Michela (LeU) .....	5
Lorefice Marialucìa, <i>Presidente</i> .....	3	<b>Audizione di rappresentanti dell'Associazione italiana agopuntura (AIA):</b>	
<b>INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI POLITICHE DI PREVENZIONE ED ELIMINAZIONE DELL'EPATITE C</b>		Lorefice Marialucìa, <i>Presidente</i> .....	6, 7
<b>Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI):</b>		Vitalone Vittorio, <i>rappresentante dell'Associazione italiana agopuntura</i> .....	6
Lorefice Marialucìa, <i>Presidente</i> .....	3, 5, 6	<b>Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale estetisti (ConfEstetica) e dell'Associazione tatuatori.it.:</b>	
Bondi Corrado, <i>segretario sindacale nazionale dell'ANDI</i> .....	3, 6	Lorefice Marialucìa, <i>Presidente</i> .....	7, 8, 9

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: MoVimento 5 Stelle: M5S; Lega - Salvini Premier: Lega; Forza Italia - Berlusconi Presidente: FI; Partito Democratico: PD; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva: IV; Liberi e Uguali: LeU; Misto: Misto; Misto-Cambiamo !-10 Volte Meglio: Misto-C10VM; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Noi con l'Italia-USEI: Misto-NcI-USEI; Misto+Europa-Centro Democratico: Misto+E-CD; Misto-MAIE - Movimento Associativo Italiani all'Estero: Misto-MAIE.**

	PAG.		PAG.
Giuseppin Eliseo, <i>rappresentante legale dell'Associazione tatuatori.it</i> .....	7, 8	Russo Paolo (FI) .....	7
Ianaro Angela (M5S) .....	8	Sportiello Gilda (M5S) .....	7

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE  
MARIALUCIA LOREFICE

**La seduta comincia alle 14.05.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati, nonché la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

**Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C.

Saluto Corrado Bondi, segretario sindacale nazionale ANDI, ringraziandolo per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione odierna.

Pregherei il nostro ospite di contenere il proprio intervento entro sette minuti per dare modo ai deputati di porre delle domande, a cui seguirà la replica. La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione Geo-Camera e sarà pubblicata anche sul sito internet della Camera dei deputati.

Do quindi la parola al dottor Bondi, prego.

CORRADO BONDI, *segretario sindacale nazionale dell'ANDI*. Io sono segretario sindacale nazionale di ANDI, l'Associazione dei dentisti italiani che accoglie con grande

piacere l'invito a discutere di questa indagine che la Commissione sta svolgendo e che ha introdotto benissimo nelle prime righe suo programma, quando si dice che questa è una battaglia che si può vincere. Noi siamo in prima linea a combattere questa battaglia da tanti anni. Ora, visto il poco tempo a disposizione — mi perdonerete — salterò alcune parti un po' più tecniche per entrare nel vivo dell'argomento.

In campo odontoiatrico questa patologia deve essere considerata da almeno tre punti di vista: il primo è la cura odontoiatrica del paziente affetto da epatite C; la seconda è la tutela dei sanitari e degli operatori sanitari addetti alle cure e la prevenzione della diffusione crociata della patologia; poi si tratta di esaminare le difformità tra le regioni nel sistema autorizzatorio all'esercizio delle attività sanitarie.

Passando al primo punto, l'epatite C riveste un particolare ruolo nello stato di salute orodentale del paziente favorendo condizioni quali la malattia parodontale, il *lichen planus*, le scialoadeniti e purtroppo anche il cancro orale. Queste patologie sono determinate da mutamenti del sistema immunitario e dalla composizione salivare dei fluidi gengivali dei soggetti coinvolti. I pazienti affetti da epatite C devono, quindi, essere visitati e attenzionati continuamente dall'odontoiatra. Questo comporta un'augmentata frequenza dei controlli professionali, con un gravame di costi e continua attenzione ai protocolli di prevenzione orodentale domiciliare.

Il secondo punto, altrettanto importante, riguarda la tutela dei sanitari e degli operatori sanitari addetti alle cure e la prevenzione della diffusione crociata della patologia. Fra gli obiettivi di questa inda-

gine conoscitiva c'è quello di valutare l'efficacia delle politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C, elaborate dalle istituzioni nazionali e locali nonché le modalità di monitoraggio e rendicontazione delle stesse. È noto che l'infezione da parte del *virus* dell'epatite C non può essere prevenuta con le vaccinazioni, data la mancanza di misure profilattiche specifiche, quindi, la prevenzione dell'epatite C poggia esclusivamente sull'interruzione della catena del contagio. Nel nostro settore quindi è molto importante questa considerazione, perché siamo ben consapevoli che non possiamo, in maniera aprioristica, decidere come comportarci con ogni singolo paziente, soprattutto non sappiamo se un paziente è affetto da epatite C, quindi per noi tutti i pazienti potenzialmente sono affetti da tutte le patologie, pertanto mettiamo in atto un flusso di lavoro che serve a eliminare la possibilità di avere infezioni crociate. L'unico intervento efficace per la prevenzione del rischio risulta proprio essere il controllo e l'eliminazione dell'esposizione.

In ragione di ciò tutti gli odontoiatri e il personale degli studi odontoiatrici sono tenuti ad un elevato livello di vigilanza e alla rigorosa applicazione di misure preventive. In tal senso ANDI da molti anni ha sviluppato e poi diffuso tra gli odontoiatri italiani e tutto il personale impiegato presso gli studi odontoiatrici una serie di regole specifiche, anche in osservanza di quanto stabilito dal decreto legislativo n. 81 del 2008 che riguarda la sicurezza dei luoghi e dei lavoratori. In particolare faccio riferimento all'articolo 271, comma 2, quando dice: « Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica e adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive, preventive adattandole alla particolarità delle situazioni lavorative ». Voi capite che interrompere il contagio in questo momento particolare, quando ci sono operatori sanitari, assistenti e paziente, è estremamente importante, è decisivo: è qui che riusciamo a contrastare la diffusione del *virus*. Quindi ogni studio odontoiatrico persegue l'allestimento del lavoro secondo procedure standardizzate di decontamina-

zione ambientale, di sterilizzazione dei dispositivi medici, di osservanza di linee guida in merito al rischio specifico di contenimento della probabilità di incidenti e si adottano interventi di vaccinazione e profilassi immunitaria secondo protocolli terapeutici validati, allo scopo di limitare le conseguenze dell'evento accidentale pericoloso e i possibili rischi per la salute ad esso conseguenti. Ad esempio già in alcune università, quando ancora gli studenti arrivano al sesto anno dove c'è la parte applicativa, quella clinica, iniziano le vaccinazioni.

Salto lo specifico delle misure adottate per dirvi che il rispetto di tutti questi provvedimenti consente di poter affermare che nello studio odontoiatrico oggi esiste solamente un rischio residuo minimo che riteniamo sia difficilmente comprimibile. Questo non attiene tanto al flusso di lavoro o alla strumentazione ma al rispetto delle buone pratiche. Solo così si riesce a interrompere questo tipo di contaminazione. Ovviamente tutte le figure comprese nel *teamwork* odontoiatrico ne beneficiano: gli assistenti degli studi, i collaboratori del settore odontoiatrico, gli odontotecnici e, in primo luogo, ovviamente il paziente.

Nel caso di evidenza di un avvenuto contagio, come stabilito dall'attuale normativa (decreto ministeriale del 15 dicembre 1990, relativo al Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse — SIMID), è obbligatoria la notifica, quindi noi dobbiamo in maniera obbligatoria notificare il fatto avverso che è avvenuto. Tale procedura, integrata sotto la sorveglianza speciale di SEIEVA (Sistema epidemiologico integrato delle epatiti virali acute), coordinata dal Centro nazionale per la salute globale e dal Dipartimento delle malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, determina informazioni che consentono il monitoraggio di questo tipo di epidemiologia, che è uno degli scopi di studio di questa Commissione. Devo dirvi che riguardo al nostro settore su centomila casi accertati e controllati, soltanto in tredici casi è avvenuta una infezione, una *cross infection*. Quindi sulla base dei dati provenienti dal centro di osservazione epidemiologica SE-

IEVA, si evidenzia che il numero di casi con eziologia odontoiatrica è estremamente ridotto.

Anche i tassi epidemiologici generali, guardando l'andamento delle curve epidemiologiche, stanno migliorando in maniera molto rapida negli ultimi anni ed è per quello che questa è una battaglia che si può vincere. Non conta tanto il risparmio economico nell'affrontare questo tipo di battaglia, che pure è presente, ma conta la possibilità di vedere il traguardo, di vederlo molto vicino: è una cosa raggiungibile. Si può quindi affermare che le misure di prevenzione del rischio di contagio di epatite C, già in uso nello studio odontoiatrico, abbiano concorso a ridurre significativamente il numero dei casi accertati, e che pertanto sia legittimo confermare l'efficacia delle politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C utilizzate in odontoiatria.

Nella consapevolezza dell'evidente ridotta epidemiologia del numero dei casi legati al rischio biologico nello studio odontoiatrico, si rende quindi oggi opportuna una riflessione: è necessario riclassificare, rispetto al decreto legislativo n. 81 del 2008, le strutture odontoiatriche ora classificate ad alto rischio, ad un rischio inferiore. Questo non perché dobbiamo cambiare questi sistemi che funzionano, ma per liberare risorse che possono essere investite per innalzare la consapevolezza di tutti gli attori del *team* di lavoro a rispettare in modo ferreo il flusso di lavoro così come oggi è già programmato.

L'ultimo punto riguarda le difformità fra le regioni nel sistema autorizzativo all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria. Questo noi lo individuiamo come un altro punto critico, che può essere — credo — anche corretto in maniera molto semplice per via legislativa. Lo scopo dell'audizione di questa Commissione è quello di valutare l'impatto dei vari elementi presi in considerazione rispetto alle finalità di questa attività per una sintesi finale. Fra i punti presi in esame sono compresi quelli della verifica della disomogeneità della distribuzione territoriale dei trattamenti e la valutazione dell'opportunità di un ulteriore

intervento normativo. Proprio in questo senso noi evidenziamo come importante a codesta Commissione l'urgenza di una rilettura complessiva dei requisiti minimi autorizzativi all'esercizio dell'attività sanitaria in odontoiatria, che prevedono caratteristiche fra loro diverse da regione a regione. Voi sapete che la legislazione concorrente rispetto a questi argomenti rende disomogeneo questo tipo di applicazione: noi crediamo che questi protocolli, validati, che funzionano (e funzionano bene) devono essere introdotti in maniera uguale su tutto il territorio nazionale, senza distinzioni o senza letture che possono portare a un'applicazione diversa. Quindi per rispondere meglio alla necessità di prevenzione e tutela da ogni rischio biologico, sia per i cittadini che per tutti gli operatori, riteniamo indispensabile uniformare i requisiti minimi autorizzativi per arrivare a definire criteri *standard* nazionali, nel rispetto delle autonomie regionali, con il necessario coinvolgimento delle associazioni di categoria. Noi rimarchiamo questa necessità, perché le associazioni di categoria, rispetto al lavoro legislativo, rispetto al lavoro di questa Commissione sono un'utile « biblioteca » dalla quale attingere dati, dalla quale attingere esperienze, dal quale attingere suggerimenti.

Vi ringrazio per l'attenzione.

PRESIDENTE. Grazie, dottore.

Ci sono domande da parte dei colleghi? Onorevole Rostan.

MICHELA ROSTAN. Una domanda molto rapida. Lei giustamente ci ha parlato della necessità di interrompere la catena del contagio, ci ha parlato di tutte le tecniche di prevenzione che vengono adottate e ci ha parlato di un numero molto limitato di casi di contagio: ci può anche dire che questo numero, seppur limitato, di casi di contagio avviene tutte le volte in cui i meccanismi di decontaminazione non funzionano?

PRESIDENTE. Non vedo altre richieste, pertanto la parola torna al dottor Bondi per la risposta.

CORRADO BONDI, *segretario sindacale nazionale dell'ANDI*. Grazie, Presidente. Non possiamo dirlo con certezza, dobbiamo tener presente che a volte, pur nel rispetto del flusso di lavoro, che è standardizzato, ci possono essere degli eventi avversi, quindi qualcosa che non funziona, del quale non si riesce ad avere contezza, non si riesce a capire se una parte di questo flusso non ha funzionato. A volte ci sono eventi avversi come la puntura con un tagliente. Sono queste le condizioni che rendono difficilmente comprimibile e ineliminabili alcune situazioni che possono essere fuori controllo. Il taglio con un bisturi, una macchina che non funziona, devo dire che sono cose che saranno difficilmente risolvibili, però i numeri sono molto incoraggianti in questo momento.

PRESIDENTE. Ringrazio il nostro ospite per essere intervenuto, per il contributo che ci ha lasciato e dichiaro conclusa questa audizione.

#### **Audizione di rappresentanti dell'Associazione italiana agopuntura (AIA).**

PRESIDENTE. È prevista adesso l'audizione di rappresentanti dell'Associazione italiana agopuntura (AIA). È presente Vittorio Vitalone, medico agopuntore e docente presso le scuole di agopuntura che saluto, ringraziandolo per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione odierna.

Pregherei il nostro ospite di contenere il proprio intervento entro sette minuti per dare modo ai deputati di porre domande, a cui seguirà la replica.

La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera e sarà pubblicata anche sul sito *internet* della Camera dei deputati.

Do quindi la parola al dottor Vitalone.

VITTORIO VITALONE, *rappresentante dell'Associazione italiana agopuntura*. L'agopuntura è una scelta medica praticata ormai soltanto da medici, regolamentata da una sentenza della Corte di cassazione del

luglio 1982. Quindi dal 1982 in Italia chi pratica agopuntura deve essere un medico.

Per agopuntura si intende l'inserimento di aghi in alcuni punti specifici del corpo e ha una vasta applicazione in clinica. In Cina era praticata migliaia di anni fa, in Italia è diventata più popolare verso gli anni Settanta, Ottanta. Esistono diversi Ordini dei medici, fra cui anche l'Ordine dei medici di Roma, che hanno istituito un registro nel quale il medico che ha seguito un corso triennale, quindi una sorta di *master*, in agopuntura, si può registrare.

Nello specifico riguardo alla prevenzione e all'eliminazione dell'epatite C o di altre malattie infettive non ci sono evidenze, almeno in Italia, di casi di epatite contratta in seguito ad agopuntura. La caratteristica dell'ago di agopuntura è di non essere cavo: mentre attraverso l'ago della siringa viene iniettato qualche cosa, l'ago dell'agopuntura — immaginate un chiodo — non ha nessuna parte in cui si può ritenere il sangue. Ma soprattutto il medico agopuntore usa aghi monouso, quindi il paziente viene trattato con aghi che vengono aperti sul momento o al massimo quegli stessi aghi poi vengono sterilizzati di nuovo e usati monopaziente. Quindi il paziente avrà il suo *kit* di aghi che vengono o eliminati ogni volta, come avviene all'interno di alcune strutture pubbliche, oppure vengono riusati su quel paziente dopo opportuna sterilizzazione che segue le procedure previste in generale per il materiale medico, come può essere in odontoiatria, eccetera. Naturalmente viene fatto in asepsi disinfettando la zona di inserimento, mani pulite o con i guanti.

Complicanze l'agopuntura in mani esperte non può averne, perché non vengono toccati i nervi, non vengono mandati in cavità: sono aghi in genere di tre o quattro centimetri. In teoria pungendo c'è un contatto con il sangue, l'operatore potrebbe avere qualche problematica, ma naturalmente si usano guanti e tutte le accortezze che un medico ha nell'approcciare un paziente per il quale è previsto una venipuntura di qualunque tipo.

Sulle indicazioni dell'agopuntura non vi tedio, ma in Cina viene usata per ogni tipo

di malattia. Nella nostra società, in Europa e in Italia, soprattutto per le patologie dolorifiche, ma anche le ansie e le insonnie. L'Organizzazione mondiale della sanità riconosce l'agopuntura come una terapia efficace in oltre trenta patologie.

Nella memoria depositata citiamo Mike Cummings, della *British Medical Acupuncture Society* (BMAS), che ritiene che gli effetti secondari dovuti all'agopuntura sono un caso ogni duecentomila. Effetti secondari che, almeno nella nostra esperienza, possono essere al massimo un piccolo ematoma, un piccolo livido ma nulla di più.

Mi fermerei qui per eventuali domande o richieste di chiarimento.

**PRESIDENTE.** Non ci sono domande da parte dei colleghi, pertanto ringrazio il dottor Vitalone per essere intervenuto e di chiaro conclusa questa audizione.

#### **Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale estetisti (ConfEstetica) e dell'Associazione tatuatori.it.**

**PRESIDENTE.** È prevista ora l'audizione di rappresentanti dell'Associazione tatuatori.it, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C.

Avverto che l'Associazione nazionale estetisti (ConfEstetica), invitata all'audizione odierna, ha comunicato di non poter partecipare e ha inviato un documento che è pubblicato su GeoCamera.

Saluto il nostro ospite ringraziandolo per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione odierna. È quindi presente per l'Associazione tatuatori.it Eliseo Giuseppin, rappresentante legale, che pregherei di contenere il proprio intervento entro sette minuti per dare modo ai deputati di porre domande, a cui seguirà la replica.

La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera e sarà pubblicata anche sul sito *internet* della Camera dei deputati.

**ELISEO GIUSEPPIN**, *rappresentante legale dell'Associazione tatuatori.it*. Io già ho

espresso delle memorie alle quali posso solo aggiungere un aspetto per quanto riguarda i corsi che fanno le regioni.

Io ho già sollevato il problema: sono vent'anni che rincorriamo una legge seria. Purtroppo le regioni - come ho scritto - hanno fatto delle delibere sulla base di una circolare del Ministero della salute all'epoca. I corsi formativi oscillano nella loro lunghezza tra i quattordici giorni e i sei mesi di formazione. Al di là della ristrettezza di questi tempi, mi chiedo sempre come si possa istruire qualcuno, in particolare modo sulle problematiche igienico-sanitarie, con un corso di novanta ore, come qui nel Lazio. Lo ritengo assurdo.

Aggiungo che per l'accesso a questi corsi è sufficiente l'aver frequentato la scuola dell'obbligo per dieci anni. Per cui io, che ho ripetuto dieci anni la prima elementare, ho ottemperato all'obbligo scolastico e accedo a questi corsi dove si dovrebbe formare l'individuo sugli aspetti igienico-sanitari. Su quale base, come può apprendere il soggetto? Penso di aver terminato.

**PRESIDENTE.** Vediamo se ci sono domande da parte dei colleghi. Onorevole Russo, prego.

**PAOLO RUSSO.** Grazie, Presidente. Vorrei che il nostro auditore ci aiutasse a capire oggi queste attività in quali ambienti vengono esperite: ci sono strutture dedicate alle sole attività di tatuaggio, di *piercing* o queste attività si svolgono anche presso lidi balneari, presso parrucchieri, presso venditori di monili, presso librerie? Per capire la loro attività come si configura e anche con il profilo di interesse di questa Commissione, che è quello di misurare l'incidenza eventuale di trasmissione dell'epatite C.

Un ulteriore elemento. Se è a sua conoscenza che si svolgono iniziative, fiere, manifestazioni nazionali o addirittura internazionali nelle quali, in assenza di straordinarie condizioni igieniche, si eseguono tatuaggi e attività di *piercing*.

**GILDA SPORTIELLO.** Io vorrei chiedere quali iniziative noi potremmo porre in es-

sere per salvaguardare questa attività, per fare in modo che si eviti il contagio dell'epatite C attraverso l'attività dei tatuatori, sia per gli operatori che per i fruitori del servizio.

Fatto salvo quello che ha detto rispetto ai corsi di formazione e ai requisiti per l'accesso che non garantiscono una preparazione adeguata, le chiedo, sempre nell'ottica di limitare o addirittura di azzerare il contagio dell'epatite C, qual è l'incidenza di questa infezione — se esiste — nel suo settore. Mi sembra di capire dalla sua espressione che sia inesistente. Se influisce più il luogo in cui viene fatto il tatuaggio oppure gli strumenti che vengono utilizzati.

ANGELA IANARO. Io vorrei sottolineare rispetto sia a quanto ha detto lei sulla formazione, che sicuramente è un problema determinante, dirimente, o quanto ha detto l'onorevole Russo relativamente al luogo in cui si pratica questa attività, che da un'analisi di incidenza di contagio associata a *piercing*, tatuaggi, agopuntura, *manicure*, *pedicure* e rasatura del barbiere, che ci è stata fornita durante questo ciclo di audizioni, emerge una percentuale di circa il 22 per cento che è di poco superiore a quella che ci è stata fornita in precedenza relativamente agli studi odontoiatrici. Sarebbe opportuno, secondo lei, al di là della formazione del personale, un controllo sull'utilizzo di materiali monouso che potrebbe portare — come si diceva poc'anzi relativamente all'agopuntura — ad un abbattimento notevole del pericolo di contagio e, anche in caso di non utilizzo di materiali monouso, una maggiore sterilizzazione secondo le procedure più appropriate che prevedono i controlli di qualità.

PRESIDENTE. Non vedo altre richieste, per cui la parola torna al dottor Giuseppin per le risposte.

ELISEO GIUSEPPIN, *rappresentante legale dell'Associazione tatuatori.it*. Onorevole Russo, sono a conoscenza del progetto di legge che lei ha presentato, sul quale ho una perplessità relativa a un solo punto,

mentre per il resto è più che condivisibile. Premesso questo, lei mi ha chiesto dei locali. I locali generalmente sono dedicati all'attività di tatuaggio e di *piercing*, cosa che la nostra Associazione condivide pienamente; l'eseguire la pratica del tatuaggio all'interno di una palestra o di un servizio di estetica non mi trova assolutamente d'accordo, fermo restando che a tutt'oggi in quelle regioni che lo hanno normato i locali sono separati. Però questa promiscuità è poco consona, anche perché non abbiamo nulla in comune con il settore dell'estetica. L'estetista lavora sulla superficie della cute, noi andiamo invece nel derma; l'estetista lavora per l'abbellimento degli inestetismi, la nostra opera può essere giudicata un abbruttimento estetico del corpo, quindi non c'è nessuna relazione tra le due attività.

Per quanto riguarda le manifestazioni pubbliche negli ultimi tre o quattro anni c'è stato un fiorire di eventi. Quando iniziai io non c'era nulla, partì Milano, seguì Roma: adesso ce ne sono due o tre a settimana. Anche lì un occhio di attenzione va messo, perché le manifestazioni inizialmente erano promosse dai tatuatori, adesso invece ci sono terze persone: società, associazioni, eccetera. Prima era un'attività che serviva unicamente per gli amanti e per la diffusione del messaggio: oggi è diventata un *business*, con tutt'altre caratteristiche.

Sulla domanda dell'onorevole Ianaro mi chiedo come si possa parlare di incidenza. Da un punto di vista scientifico come si fa a dire il 22 per cento, il 10 per cento? Anche perché quand'è che si accorge un soggetto di avere l'epatite C? Quando fa un esame estemporaneo generalmente, quindi il nesso causale come fa a determinarlo, magari a distanza di anni?

Una piccola premessa, io sono in pensione da un'altra attività, sono un ex caposala, quindi mastico un pochino i temi di questo genere e rimango perplesso.

Non so se ho risposto a tutte le domande.

ANGELA IANARO. Come ho detto, sono dati forniti in maniera assolutamente accurata dal SEIEVA, il Sistema epidemiolo-

gico integrato dell'epatite virale acuta, quindi sono dati più che attendibili, pertanto non vi sono dubbi.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il nostro ospite per essere intervenuto e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

**La seduta termina alle 14.40.**

---

---

*Licenziato per la stampa  
il 16 dicembre 2019*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



\*18STC0084550\*