

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
SUL SISTEMA DI ACCOGLIENZA, DI IDENTIFICAZIONE ED ESPUL-  
SIONE, NONCHÉ SULLE CONDIZIONI DI TRATTENIMENTO DEI  
MIGRANTI E SULLE RISORSE PUBBLICHE IMPEGNATE**

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**AUDIZIONE**

**48.**

**SEDUTA DI MARTEDÌ 7 GIUGNO 2016**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE FEDERICO GELLI**

**INDICE**

|  | PAG.         |
|--|--------------|
| <b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>                            |              |
| Gelli Federico, <i>Presidente</i> .....                        | 3            |
| <b>Audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin:</b> |              |
| Gelli Federico, <i>Presidente</i> .....                        | 3, 14, 15    |
| Carnevali Elena (PD) .....                                     | 15           |
| Colonnese Vega (M5S) .....                                     | 14           |
| Lorenzin Beatrice, <i>Ministro della salute</i> ...            | 4, 14,<br>15 |

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
FEDERICO GELLI

**La seduta comincia alle 12.30.**

*(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).*

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che della presente audizione sarà redatto un resoconto stenografico e, ove necessario, anche su richiesta di un commissario ovvero del soggetto audito, i lavori della Commissione potranno proseguire in seduta segreta. Al riguardo, per assicurare la massima fluidità al dibattito pubblico, prego i colleghi di riservare eventuali quesiti da sviluppare in sede riservata alla parte finale della seduta.

Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso e la trasmissione diretta sulla *Web-tv* della Camera dei deputati.

**Audizione del Ministro  
della salute, Beatrice Lorenzin.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, cui diamo il benvenuto.

L'audizione odierna rappresenta un momento fondamentale per acquisire i necessari elementi di conoscenza per l'istruttoria che la Commissione intende svolgere sulle misure adottate in tema di profilassi e assistenza sanitaria a tutela della salute dei migranti e delle popolazioni residenti.

Tale argomento costituisce infatti uno degli oggetti dell'indagine esplicitati nella

delibera parlamentare che ha prorogato la durata dell'organo d'inchiesta, definendone in modo compiuto gli ambiti oggetto di attenzione.

Quando abbiamo chiesto la proroga della durata della Commissione, ministro, abbiamo deciso di declinare in maniera più compiuta le nostre azioni e i nostri sette filoni di indagine si sono quindi tradotti in gruppi di lavoro. Uno di questi gruppi di lavoro, che abbiamo ora nuovamente ricostituito e integrato alla luce di questa nuova fase, riguarda proprio l'assistenza sanitaria e la profilassi dei migranti.

In occasione delle numerose missioni svolte le delegazioni della Commissione hanno avuto sempre la possibilità di avere rapporti e contatti diretti con gli operatori sanitari di prima linea, impegnati nei centri di accoglienza o addirittura nei luoghi di sbarco, rilevando l'impegno e la competenza, ma anche le criticità di un sistema organizzativo che richiede di essere messo a regime in tempi rapidi.

Al riguardo abbiamo appreso con favore l'intendimento del Ministero da lei diretto di approntare progetti volti al superamento di alcune delle principali problematiche emerse, a partire dalla partecipazione dell'Italia in posizione di capofila al progetto europeo « CARE », che prevede la distribuzione di una tessera sanitaria ai migranti che giungono sulle coste italiane nei centri di identificazione, gli *hotspot* di Lampedusa e Trapani, nonché la presenza di *team* multispecialistici che saranno in grado di determinare con maggior precisione anche l'età dei minori non accompagnati.

Questo è il tema che vorremmo affrontare con lei, ovviamente dopo la sua relazione, e poi daremo ai colleghi la possibilità di intervenire. La ringrazio nuovamente e le cedo la parola.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Grazie, presidente. Io ho una relazione abbastanza corposa, non so se scusarmi o meno di questo, in quanto pensavo fosse un'occasione per darvi una panoramica esauriente delle attività del Ministero su questo tema che ci sta particolarmente a cuore e che ci impegna molto da tre anni.

Vi ringrazio quindi per l'opportunità che mi avete dato con il vostro invito e cercherò di fornire un contributo in questa audizione. Peraltro gli eventi di questi ultimi giorni e le immagini di disperazione diffuse dai media richiamano ancora una volta l'attenzione di tutti noi su un fenomeno sociale la cui drammaticità sembra essere senza fine.

Tale fenomeno rappresenta anche per il Servizio sanitario nazionale una sfida sempre aperta non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi. Una risposta efficace a tale sfida non può che risiedere nella possibilità di gestire organicamente le criticità mediante un approccio di sistema, che superi la parcellizzazione e l'estemporaneità delle soluzioni, proponendo modalità assistenziali standardizzate e basate su evidenze scientifiche.

Come è noto (ricordo in proposito le informative da me rese alla Camera dei Deputati in occasione della recente « emergenza Ebola »), il Ministero della salute nell'esercizio delle sue funzioni di profilassi internazionale si avvale dei propri Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), che sono presenti nei principali porti ed aeroporti del Paese e che, ai sensi del Regolamento sanitario internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità, hanno lo specifico compito di mettere in atto le misure di vigilanza e profilassi transfrontaliera.

A questo proposito premetto che, secondo la definizione dell'OMS, il Regolamento sanitario internazionale rappresenta lo strumento per garantire la massima sicurezza possibile contro la diffusione delle malattie infettive con la minima interferenza su viaggi, movimenti e commercio internazionale. Per questo motivo,

in relazione ai dati sulle malattie endemiche o sulle epidemie in corso nelle varie aree del mondo, vengono messe in atto misure di sorveglianza sui viaggiatori internazionali e sui mezzi di trasporto usati per il viaggio internazionale.

Ho ritenuto opportuna questa breve premessa affinché fosse chiaro che, anche nel caso di migranti irregolari, che rappresentano una categoria molto particolare di viaggiatori internazionali, il personale sanitario degli USMAF del Ministero della salute effettua controlli sanitari per verificare la presenza di segni e di sintomi sospetti di malattie infettive che potrebbero rendere necessarie misure sanitarie, dalla semplice sorveglianza sanitaria al ricovero in reparti di malattie infettive, fino al ricovero in centri di riferimento nazionali con modalità di alto biocontenimento, eventualità quest'ultima rarissima, messa in atto solo in pochissimi casi, legati alla già ricordata « Emergenza ebola », che hanno peraltro dimostrato l'adeguatezza delle risorse umane e strumentali impiegate, oltre a casi di sospetti di alcune malattie, quali il caso, verificatosi tre anni fa, di sospetto vaiolo — che invece era varicella — su un barcone di migranti.

Come è intuibile, anche in virtù della prossimità geografica con le coste dell'Africa settentrionale, la maggior pressione dei flussi migratori irregolari dal 2011 si è registrata a carico degli USMAF della Sicilia e negli ultimi anni tempi anche della Calabria.

La Sicilia continua ad essere la meta prioritaria dei migranti che cercano di raggiungere l'Europa via mare. Nel periodo che va dal 2013 fino al mese di ottobre del 2015, il numero di migranti giunti alla diretta osservazione degli USMAF è aumentato costantemente, così come gli sbarchi dei migranti irregolari sulle nostre coste. Negli anni 2014 e 2015 si sono intensificati soprattutto nel periodo estivo.

Lascio agli atti della Commissione le tabelle riepilogative, limitandomi qui ad evidenziare che nel periodo 2013-2015 la distribuzione per genere ed età dei migranti è stata la seguente: maschi 74,54 per cento, femmine 14,28 per cento, minori

10,39, mentre nel solo 2015 la proporzione è stata la seguente: maschi 75,56, femmine 17,73, minori 7,66.

È infatti a partire dagli ultimi mesi del 2013 che, anche in relazione al deterioramento della situazione politica in alcuni Paesi dell’Africa settentrionale e del Medio Oriente – in particolare la Siria – i flussi migratori hanno subito un’intensificazione, con un andamento che è dipeso inevitabilmente dalle condizioni meteo marine e climatiche, con concentrazioni nel periodo che va dalla primavera avanzata fino all’autunno.

Per quanto concerne la gestione sanitaria dei flussi migratori, gli USMAF effettuano i relativi controlli al momento dell’arrivo in porto della nave che ha effettuato il recupero in mare dei migranti, nel corso delle operazioni di *Search and Rescue* prima nell’ambito dell’operazione Mare Nostrum e attualmente nell’ambito del dispositivo di Frontex Plus, cioè Triton.

In relazione alla tipologia della nave, le operazioni di controllo sanitario possono cominciare già a bordo di questa oppure essere effettuate in banchina e consistono nella esecuzione di un *triage* generale, con rilevazione della temperatura corporea e verifica delle condizioni cliniche di ciascun migrante. Come è facilmente intuibile, questa modalità consente di stabilire una priorità per lo sbarco in banchina ovvero, se lo sbarco è già avvenuto, per l’invio al ricovero ospedaliero.

In generale nei porti presidiati dagli USMAF le autorità locali, marittime, la Capitaneria di Porto, di pubblica sicurezza, prefettura e sanitaria, l’Azienda sanitaria locale e il Servizio regionale emergenza territoriale (cioè il 118) ed altri enti, quali la Croce Rossa Italiana, avvalendosi degli stessi USMAF realizzano una sorta di piattaforma sanitaria, con tende amovibili solitamente di proprietà della Croce Rossa Italiana, con cui il Ministero della salute fin dal 2007 ha stipulato convenzioni nazionali per l’organizzazione di reparti di sanità pubblica, per la collaborazione nella gestione dei flussi migratori.

A titolo esemplificativo, meritevole di menzione è la piattaforma sanitaria pre-

sente nel porto di Catania ed articolata nelle seguenti aree: area medica, area chirurgica, area gestanti e minori, area isolamento, per i primi interventi su persone riscontrate affette da infestazioni cutanee quali la scabbia o altre parassitosi o con segni sospetti di malattie infettive. C’è poi un’area decessi e un’area per l’accoglienza dei minori con personale dedicato della Croce Rossa italiana.

Una simile organizzazione per aree viene seguita anche in altri porti in particolare della Sicilia e della Calabria, e con qualche variazione anche in quelli pugliesi e campani, destinatari, seppure in misura minore, dell’arrivo di migranti.

Nel porto di Catania, inoltre, sono già in dotazione e disponibili al bisogno una tenda di alto isolamento, l’ISO-ARK, e una barella N36 ad alto bio-contenimento, che può essere caricata in normali ambulanze mantenendo le condizioni di alto isolamento del paziente per il trasporto in sicurezza verso appropriati reparti di malattie infettive di persone con sintomi sospetti di malattie ad alta trasmissibilità, come ad esempio le febbri emorragiche virali.

Queste particolari barelle sono già disponibili anche presso altri porti, quali quello di Taranto, a Roma e a Milano, e il Ministero della salute sta svolgendo attività finalizzate all’acquisizione di ulteriori risorse di questo tipo da dislocare in altri punti di ingresso presidiati dagli USMAF.

Per quanto concerne invece la prevenzione della malattia tubercolare ritengo opportuno soffermarmi sul progetto denominato « Diagnosi in banchina », che l’USMAF in collaborazione con l’Azienda ospedaliera Garibaldi di Catania ha messo a punto nel porto di Catania. Questo progetto, già operativo dall’estate del 2015, attraverso una metodica di biologia molecolare denominata « GeneXpert » permette di fare una diagnosi di tubercolosi in due ore, quando il migrante che presenti segni e sintomi sospetti (febbre, malessere generale, tosse persistente e perdita di peso rilevata nei tre mesi precedenti) si trovi in banchina per le procedure di identificazione.

I casi che necessitano di terapia antitubercolare possono così essere immediata-

mente identificati, con evidenti vantaggi in termini di prevenzione anche per i compagni di viaggio, gli ospiti e gli operatori dei centri di accoglienza e il personale impegnato nelle operazioni di identificazione e di accompagnamento verso i centri di accoglienza.

È noto, infatti, che molti migranti provengono da aree in cui l'infezione tubercolare ha un'alta endemia anche a causa delle condizioni disagiate del viaggio, spesso della durata di molte settimane se non di molti mesi, che creano i presupposti per la riattivazione di infezioni latenti.

In tema di controlli sanitari sui migranti, mi preme ricordare ancora una volta la partecipazione del Ministero della salute con propri medici sia degli USMAF che degli uffici centrali fin da quando è stata avviata l'operazione Mare Nostrum.

Come ben ricordate, l'operazione Mare Nostrum è partita quale operazione di ricerca e soccorso, oltre che di contrasto all'immigrazione clandestina e al traffico di essere umani, dopo il naufragio dell'ottobre 2013 nei pressi dell'isola di Lampedusa. La collaborazione del Ministero della salute nell'ambito di tale operazione è cominciata il 21 giugno 2014, dopo la sottoscrizione di un accordo di collaborazione tra il Ministero della salute e lo Stato Maggiore della Marina militare.

Tale accordo ha consentito di anticipare già nella fase della navigazione i controlli sanitari che abitualmente erano svolti dagli USMAF al momento dell'arrivo in porto. Con grande soddisfazione ricordo che circa venti medici del Ministero della salute sono stati impegnati in turni della durata di 7-10 giorni sulle navi della Marina Militare fino alla fine del 2014.

All'operazione Mare Nostrum è subentrata l'operazione Triton gestita da Frontex Plus, con partecipazione alle attività di ricerca e soccorso in mare di unità appartenenti ai vari Paesi dell'Unione europea. I controlli sanitari dopo la conclusione dell'operazione Mare Nostrum continuano ad essere effettuati per gli aspetti di profilassi internazionale dal personale sanitario degli USMAF al momento dello sbarco delle unità che hanno effettuato i recuperi in mare.

È ora in procinto di essere attuato un progetto denominato « PASSIM », acronimo per Primiissima Assistenza e Soccorso Sanitario in Mare, finanziato con risorse del Fondo asilo, migrazione e integrazione (FAMI) 2016-2021, in cui il Ministero della salute sarà capofila e coordinatore degli interventi di soccorso sanitario in mare, effettuati a bordo delle navi della Marina Militare, della Guardia costiera e della Guardia di finanza italiane, con la collaborazione di organizzazioni quali il CISOM, il corpo militare, il corpo delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, la Fondazione Rava e l'Organizzazione internazionale delle migrazioni.

È inoltre in corso di rinnovo fino al 31 dicembre 2017 il protocollo di intesa tra il Ministero dell'interno, il Ministero della difesa e il Ministero della salute sottoscritto il 21 novembre 2014, al fine di rafforzare le misure e gli interventi di tutela della salute anche contro il rischio di importazione di malattie infettive e diffuse, per assicurare assistenza ai migranti sbarcati nel territorio nazionale nell'ambito di flussi non programmati di ingresso.

In questo modo sarà possibile eseguire accertamenti sanitari direttamente sulle unità navali, nonché nei luoghi di sbarco o in prossimità degli stessi, facilitando il trasferimento dei migranti verso i centri per l'immigrazione.

L'approntamento delle misure che ho appena illustrato ha senza dubbio consentito di ridurre al minimo il rischio di importazione di malattie infettive. Non posso tuttavia non soffermarmi su un altro aspetto parimenti meritevole di considerazione, quello delle condizioni sanitarie dei soggetti migranti, riscontrate nei controlli messi in atto sia a bordo delle navi che al momento dell'arrivo e legate non tanto a malattie infettive quanto alle condizioni disagiate alle quali tali persone sono state esposte sia prima che durante il viaggio.

Oltre alla disidratazione, alle sindromi febbrili non accompagnate da altri sintomi e alle congiuntiviti, si registrano frequentemente traumatismi, ustioni, ferite da armi da fuoco, intossicazioni per esposizioni a vapori tossici nelle stive. Vi è di più: i

controlli sanitari all'arrivo hanno evidenziato condizioni quali cardiopatie, diabete, esiti di poliomielite sotto forma di paralisi di arti o altre affezioni neurologiche, esiti traumatici e psichiatrici connessi a torture e violenze intenzionali subite nel Paese di origine o nel percorso migratorio, oltre a condizioni fisiologiche (stato di gravidanza) di innegabile interesse per la salute del singolo, ma non per quello della collettività.

I casi di migranti per i quali si è ritenuto necessario approntare cure mediche sono stati avviati verso adeguati luoghi di cura, mentre quelli sospetti di malattie infettive che richiedevano la messa in atto di misure di sanità pubblica — comunque estremamente rari se confrontati al numero di persone esaminate — sono stati gestiti in maniera adeguata, ricorrendo anche al trasporto in alto bio-contenimento quando necessario.

In tema di attività di sorveglianza e prevenzione sanitaria mi preme assicurare la Commissione circa l'incidenza di comuni malattie infettive finora registrata negli immigrati che, come si evince dai dati in possesso, non è superiore a quella della popolazione in particolare siciliana, nonostante la Sicilia sia in prima linea nella gestione degli arrivi.

Faccio riferimento in particolare a malattie del genere parassitosi quali scabbia o pediculosi, legate alle disagiate condizioni di vita prima degli imbarchi, che, pur essendo frequenti negli immigrati, non rappresentano un reale rischio di contagio, in quanto facilmente e prontamente controllabili con semplici misure di profilassi e di terapia quali ad esempio quelle messe in atto grazie al progetto « Diagnosi di TBC in banchina ».

Per quanto riguarda la sorveglianza sul territorio nazionale, dopo la primissima fase di accoglienza non posso non ricordare il ruolo fondamentale svolto dalle Regioni e dalle Province autonome. La sorveglianza delle malattie infettive e con essa anche l'assistenza sanitaria non si esaurisce infatti nel momento dell'arrivo, ma continua sotto la responsabilità delle strutture del Servizio sanitario nazionale per

tutta la durata della permanenza sul territorio nazionale dei migranti.

Per tale motivo ci si avvale di specifici strumenti quali la sorveglianza sindromica, di cui alla circolare n. 8636 del 7 aprile 2011, emanata in occasione degli eventi della « Primavera araba », quale integrazione del sistema ordinario di sorveglianza delle malattie infettive.

A questo proposito non posso non segnalare che, dopo gli eventi della primavera del 2011, sono stati molteplici gli interventi eseguiti dal Ministero della salute al fine di assicurare un'adeguata tutela della salute sia delle popolazioni migranti, sia del personale operante nei centri per l'immigrazione.

Mi preme ricordare, a titolo esemplificativo, il tavolo tecnico attivato nel 2012 con la partecipazione delle amministrazioni degli enti a vario titolo coinvolti, finalizzato all'aggiornamento di alcune raccomandazioni sulla gestione dei flussi di immigrazione, soprattutto quando caratterizzati da particolare concentrazione nel tempo e nello spazio.

Va anche ricordato che all'inizio del 2014, a fronte della necessità evidenziata dal Ministero della salute di mantenere collegamenti e flussi informativi con lo stesso Dicastero anche nelle fasi successive a quelle della primissima accoglienza, il Dipartimento delle libertà civili e dell'immigrazione del Ministero dell'interno ha adottato la circolare n. 3159 del 12 marzo 2014, con la quale sono state fornite indicazioni alle prefetture affinché venissero comunicati al Ministero della salute i riferimenti e i recapiti di referenti e responsabili dei centri di accoglienza governativi sia ordinari — cioè CPSA, CDA, CARA, CIE — che temporanei, oltre al numero di immigrati ospitati nei medesimi centri.

Questo perché a noi interessava continuare ad avere notizie delle condizioni di salute delle persone dal momento che sono uscite dal controllo stretto dell'USMAF.

Sempre nel 2014 — ed esattamente il 20 ottobre — il Ministero dell'interno ha emanato il decreto con cui è stato approvato il regolamento relativo ai criteri per la gestione dei Centri per l'immigrazione (CIE),

alla cui stesura il Ministero della salute ha collaborato per la parte relativa all'accertamento delle condizioni di salute e all'assistenza medica degli ospiti dei CIE, avendo cura che in tale regolamento e nell'allegato tecnico fosse adeguatamente rimarcata la necessità di uno stretto collegamento tra i centri in questione e l'ASL competente per territorio. Questo è l'articolo 3 del D.M. del 20 ottobre 2014.

Altra iniziativa meritevole di menzione è l'approvazione, il 20 dicembre del 2012, di un accordo Stato-Regioni con cui vengono fornite le indicazioni per la corretta applicazione da parte delle Regioni e delle Province autonome della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, vale a dire ai migranti regolari, i soggetti temporaneamente presenti per motivi vari sul territorio nazionale, nonché ai migranti irregolari.

È fuori di dubbio, infatti, che questi rappresentino il gruppo più vulnerabile e più problematico a cui devono comunque essere garantite cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e, in un'ottica di tutela della collettività, anche prestazioni di medicina preventiva quali vaccinazioni, tutela della gravidanza e della maternità, salute dei bambini.

Il documento, nato dall'esigenza di assicurare alla popolazione immigrata un uniforme accesso alle cure e di facilitare il lavoro degli operatori sanitari, fa un'ampia panoramica delle norme nazionali e regionali esistenti, per giungere a un'interpretazione condivisa delle stesse. Punto saliente è l'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale, con l'attribuzione del pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, a prescindere dalla loro condizione giuridica.

In proposito non posso non rilevare con molto rammarico che non tutte le Regioni hanno recepito l'accordo e solo sei si sono allineate, adottando specifiche indicazioni operative.

Linee di indirizzo per l'assistenza ai rifugiati vittime di torture, stupri e altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Questa è un'altra categoria da

tenere in debita considerazione e sono i migranti forzati, cioè le vittime di torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Negli ultimi anni – e purtroppo anche nelle ultime settimane – continuiamo ad avere un aumento di approcci negli *hub* con persone che hanno subito delle violenze inimmaginabili e arrivano in Italia in numero crescente, tanto da far diventare il nostro Paese il terzo dell'Unione europea dopo Germania e Svezia per numero di richieste di asilo (64.625 nel 2014, di cui il 7,8 per cento donne e il 6,8 per cento minori).

Come è facilmente intuibile, i migranti forzati richiedenti o titolari di protezione internazionale umanitaria sono una popolazione ad elevato rischio di sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche, che possono determinare gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica.

Sono convinta pertanto che per fornire una risposta adeguata a tale situazione sia urgente un intervento sul sistema sanitario italiano, che dia maggiore rilievo ai bisogni emergenti quali la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità, l'equità dell'offerta, al fine di assicurare un'assistenza sanitaria in linea con le loro necessità e nel rispetto dei principi costituzionali.

Ritengo necessario quindi avviare la programmazione di strumenti operativi in grado di assistere questa nuova utenza multiculturale, numerosa, eterogenea, segnata in modo profondo dai traumi subiti. Un'accoglienza adeguata alla complessità dei bisogni e alla tutela dei diritti di cui questi soggetti sono portatori non può prescindere infatti da una riorganizzazione dei servizi sanitari del territorio, delle procedure e dell'attività formativa del personale.

Se posso fare un racconto che esula dalla relazione, nell'istituto per i migranti che si trova in Trastevere, dove viene svolto un lavoro multiculturale molto forte – non solo per i migranti, ma per una popolazione povera, che è diventata anche la più estesa del quartiere –, si lavora in gruppi con psicologi e sociologi in modo multicul-

turale e anche trasversale alle altre patologie anche sui bambini.

Abbiamo un numero di bambini altissimo che ha perso i genitori durante le migrazioni o subito sevizie durante il viaggio, quindi bambini traumatizzati e anche con problemi di linguaggio, a cui si stanno facendo anche delle operazioni. Ho conosciuto anche donne che hanno subito stupro di gruppo prima di imbarcarsi e fuggire, anche donne cristiane perseguitate, che in Eritrea o altrove hanno vissuto situazioni molto gravi che si vedono fisicamente, che sono state aiutate e supportate e adesso aiutano in questi lavori di *team* le altre donne che si trovano in queste condizioni e spesso hanno anche bambini.

Invito la Commissione a venire a visitare questo istituto perché si tratta di un lavoro molto interessante, oltre che umanamente coinvolgente, per conoscere le storie che ci sono dietro queste situazioni.

In questo contesto segnalo alla Commissione che volge ormai al termine la definizione delle « Linee di indirizzo relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario », previste dall'articolo 27 del n. 251 del 2007, come modificato dal disegno legislativo n. 18 del febbraio 2014.

Il documento è finalizzato a fornire uno strumento utile a garantire interventi appropriati e uniformi su tutto il territorio nazionale e considera come strumento fondamentale un approccio multidisciplinare che prevede un percorso di assistenza alle vittime, dall'individuazione non sempre facile di questo tipo di situazioni alla riabilitazione. Un'attenzione specifica è stata rivolta poi alla certificazione, essenziale nell'iter della richiesta di asilo, e alla mediazione, indispensabile per la costruzione della relazione.

Ancora, viene affrontato il tema della tutela della salute degli operatori coinvolti nell'accoglienza e presa in carico delle vittime, oltre alla loro necessaria e adeguata

formazione, senza dimenticare la particolare attenzione dedicata alle donne e ai bambini che, come noto, rappresentano due sottogruppi particolarmente vulnerabili.

Per quanto concerne i minori non accompagnati, categoria particolarmente vulnerabile nell'ambito della popolazione migrante, ritengo doveroso menzionare l'iniziativa posta in essere proprio al fine di assicurare una corretta e rapida presa in carico dei minori stessi. Mi riferisco all'aggiornamento del Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati, predisposto nel 2009 su proposta del Tavolo interregionale immigrati e servizi sanitari del Coordinamento salute della Conferenza delle regioni, coadiuvato da alcuni esperti di società scientifiche e organizzazioni internazionali (non le elenco, le troverete nella relazione).

La parte sanitaria del nuovo protocollo proposto dal Tavolo interregionale e denominato « Protocollo olistico multidisciplinare per l'accertamento dell'età » è corredata dalla scheda per il colloquio sociale e la visita pediatrica, la valutazione per l'accertamento dell'età psicologica, ed ha avuto il parere positivo del Consiglio superiore di sanità nel luglio 2015, a cui seguirà la proposta di un accordo Stato-Regioni sul documento in Conferenza, al fine di consentire la diffusione e l'applicazione uniforme sul territorio nazionale.

A questo proposito, come anticipava il presidente, anche grazie alle nuove metodologie abbiamo dato un protocollo che permette di individuare l'età dei minori in modo certo.

In tema di promozione della salute delle popolazioni migranti, con specifico riferimento ai gruppi vulnerabili come donne, minori, famiglie monoparentali, gruppi a rischio di esclusione sociale, il Ministero della salute promuove e sostiene diverse attività progettuali, di cui voglio illustrare gli aspetti più rilevanti.

In primo luogo merita un cenno il progetto « Integrazione socio-sanitaria di cittadini di Paesi Terzi », elaborato nell'ambito del programma FEI, in collaborazione con l'Organizzazione internazionale per le

migrazioni (OIM) e con gli Istituti fisioterapici ospedalieri (IFO), che hanno partecipato allo specifico avviso pubblicato sul sito *web* del Ministero della salute.

Il progetto ha inteso favorire il miglioramento dello stato di salute e di inclusione nel servizio sanitario nazionale dei cittadini dei Paesi terzi, con specifico riferimento ai gruppi vulnerabili e a rischio di esclusione sociale.

All'interno del progetto sono state detagliate e portate a termine le azioni inerenti due linee di intervento, quali gli interventi di promozione della cultura della prevenzione attraverso la facilitazione dell'accesso alle vaccinazioni, che è veramente la base per tutti di salute pubblica (e questo vale per tutta la popolazione residente sul territorio), di educazione sanitaria e promozione di corretti stili di vita tra le popolazioni immigrate, nonché di rafforzamento di reti tra attori locali, aziende sanitarie locali, servizi socio-sanitari, società civile e comunità immigrate, promuovendo servizi di informazione e sensibilizzazione sui temi della salute dei migranti, dei corretti stili di vita, dell'integrazione e dell'accesso ai servizi sanitari affidata all'OIM, servizi di facilitazione per l'accesso alla diagnosi precoce dei tumori femminili per le donne straniere presenti in Italia affidati agli IFO.

L'Istituto nazionale della salute dei migranti e la povertà. In qualità di centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà ha avviato uno specifico programma, finalizzato alla produzione e diffusione di linee guida clinico-organizzative e documenti di indirizzo sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti.

Ricordo che l'istituto è anche un IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), quindi ha al proprio interno una particolare attenzione alla ricerca transnazionale e per quanto riguarda il sistema Italia, in rete in con altri istituti, dallo Spallanzani ad altri istituti che si occupano di infettivologia. Si tratta di un centro di riferimento internazionale importantissimo,

perché la raccolta di dati sulle patologie che riscontriamo e la ricerca legata all'appartenenza territoriale dei singoli gruppi alle malattie genetiche (pensiamo alla talassemia e ad altre forme dell'area mediterranea e non solo) ci stanno permettendo di avere un *cluster* molto importante di ricerca sullo sviluppo delle epidemie, sulle trasformazioni e l'impatto sui gruppi dei migranti.

Dal punto di vista della ricerca e del dato osservazionale, questo è un aspetto interessante. Mi rendo conto che riguarda meno questa Commissione, però ci permette come Italia di avere un bacino di dati sanitari molto importanti, che fornisce lo specchio di quello che avviene e quindi dell'evoluzione di alcune infezioni nei Paesi di origine.

Tale programma si incardina all'interno di un accordo quadro di collaborazione siglato il 3 luglio 2015 tra l'INMP e l'Istituto Superiore di sanità. L'attività di produzione di linee guida si alimenta anche con il supporto delle Regioni che, attraverso il diretto coinvolgimento dei propri referenti nell'ambito della rete nazionale, concorrono a indicare i temi prioritari e si pongono sia come destinatari dei documenti di indirizzo in ordine alle scelte di programmazione sanitaria, sia come intermediari presso gli operatori per la diffusione delle buone pratiche.

Rispetto alla mole di esperienze che si sono accumulate in questi anni nei luoghi di sbarco e nelle differenti regioni, ma anche nella successiva fase, si sta cercando di portare *best practices* in modo uniforme a livello nazionale, di diffondere delle linee guida che vengano recepite dalle ASL e di aiutare le ASL di riferimento ad avviare procedure più efficienti e più *compliance* alle esigenze delle patologie riscontrate.

Uno dei temi prioritari nell'ambito del suddetto programma riguarda i controlli sanitari e i percorsi a tutela della salute per i migranti in arrivo in Italia con i recenti flussi migratori. Le linee guida attualmente in fase di elaborazione intendono offrire alle autorità competenti (enti gestori dei centri di accoglienza, dove noi siamo meno presenti nonostante il protocollo che ab-

biamo stipulato e in cui chiediamo un maggiore coinvolgimento delle ASL ed operatori socio-sanitari) raccomandazioni *evidence based* circa la pratica dei controlli a fronte dell'incertezza e della discrezionalità nei comportamenti adottati sul territorio nazionale.

A tale riguardo, è stata avvertita la necessità di uniformare misure e modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria rispetto alle condizioni patologiche giudicate rilevanti per la sanità pubblica, anche nell'ottica di un ridimensionamento dell'allarmismo sociale sui rischi di potenziali epidemie, dalla tubercolosi alla scabbia.

Per ciascuna delle condizioni patologiche individuate sarà possibile indicare strategie di sanità pubblica, approccio sindromico o *screening* degli asintomatici, e modalità operative idonee a favorire l'emersione precoce del bisogno di salute e la presa in carico delle persone malate.

L'INMP nel 2015 ha stipulato con il Ministero dell'interno una convenzione per lo svolgimento di prestazioni sanitarie specialistiche nell'allora Centro di primo soccorso e assistenza, il CPSA dell'isola di Lampedusa, dove viene assicurata l'assistenza sanitaria di base ai migranti temporaneamente presenti. In particolare, l'INMP ha messo a disposizione un *team* costituito da medici specialisti in infettivologia, in dermatologia, uno psicologo clinico, un antropologo e due mediatori transculturali esperti in ambito sanitario.

Nel periodo maggio-novembre 2015 sono state effettuate 4.919 visite mediche specialistiche, 255 colloqui psicologici, 113 interviste antropologiche, alcune migliaia di mediazioni transculturali in lingua araba, francese, inglese, tigrina e amarica. I pazienti, in prevalenza giovani maschi provenienti da Eritrea, Nigeria e Somalia, sono portatori non di gravi malattie infettive e diffuse, ma di comuni affezioni dermatologiche, facilmente curabili, quali scabbia, pediculosi, impetigine, dermatite da contatto.

Per tutto il 2016 l'INMP sarà presente con proprie *équipes* socio-sanitarie presso gli *hotspot* di Lampedusa e di Trapani-Milo grazie a due convenzioni con il Ministero dell'interno.

A seguito dell'intensificarsi degli arrivi via mare si è registrato, a partire dal mese di aprile 2014, un cospicuo aumento delle presenze immigrate all'interno di insediamenti spontanei o edifici spesso in stato di abbandono, situati nell'area metropolitana di Roma. Questo nuovo fenomeno ha visto coinvolti prevalentemente migranti in transito, molti dei quali intenzionati a richiedere asilo in altri Paesi del nord Europa.

Si tratta di una tipologia diversa dal migrante economico, in quanto i fattori di espulsione sembrano agire in modo prevalente rispetto a quelli di attrazione. Sono persone che fuggono da drammatiche situazioni di guerra o carestia, non rientrano nel sistema di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, transitano per brevi periodi, da pochi giorni a qualche settimana, sul territorio nazionale, non godono di copertura sanitaria in quanto popolazione non identificata, e non si rivolgono facilmente ai servizi socio-sanitari.

Per offrire loro assistenza sanitaria, dal 2014 l'INMP è impegnato in un piano di intervento socio-sanitario insieme ad altre istituzioni pubbliche (le ASL RM/A e RM/B) e organizzazioni umanitarie, cioè la Croce Rossa Italiana, Medici senza frontiere, Medici per i diritti umani, Caritas di Roma. Dal 2014 ad oggi le *équipes* sanitarie hanno raggiunto circa 12.000 persone, in prevalenza maschi (88 per cento) e giovani (età media 22 anni), provenienti da Eritrea e Somalia. Sono state riscontrate in prevalenza patologie dermatologiche, soprattutto scabbia, foruncolosi e impetigine, seguite da comuni infezioni delle prime vie aeree e sindromi influenzali.

Il Progetto « CARE – *Common Approach for Refugees and other migrants health* », è confinato dalla Commissione europea nell'ambito del Terzo programma quadro e vede coinvolti l'INMP come coordinatore e altri quattordici enti pubblici e privati di cinque Stati membri (Italia, Grecia, Malta, Slovenia e Croazia). Il progetto intende promuovere e sostenere lo sviluppo di politiche pubbliche per la tutela della salute dei migranti e della popolazione in generale nei Paesi dell'Unione europea, mag-

giormente interessati dalle recenti ondate migratorie.

Le attività, avviate lo scorso 1° aprile 2016, avranno una durata complessiva di dodici mesi e si articolano in otto macroattività (*work packages*) volte a coprire differenti aspetti della salute dei migranti quali la gestione delle attività di sorveglianza e assistenza sanitaria all'interno degli *hotspot* di Lampedusa, Trapani-Milo, Leros e Lesbo, nonché lo sviluppo di strumenti elettronici per la registrazione e l'archiviazione dei dati sanitari utili ai migranti durante il percorso di accoglienza nel rispetto delle normative sulla *privacy*.

I *team* multidisciplinari dei centri sperimenteranno anche l'approccio olistico per la determinazione dell'età anagrafica dei minori non accompagnati. Questo è un progetto italiano, ha avuto luogo su sollecitazione del Ministro della salute dell'Italia (la sottoscritta). In più assemblee e riunioni dei Consigli dei ministri europei e durante la riunione regionale dell'OMS, tenutasi a Roma su invito dell'Italia a novembre, abbiamo ideato questo tipo di approccio, che ci permette l'identificazione, ma anche uno *screening* sanitario europeo, con una carta sanitaria che segue la persona all'interno dei suoi transiti – capite la forza enorme di questa carta –, progetto approvato anche dalle Nazioni Unite. Con questo progetto, in cui sono coinvolti gli *hotspot* principali, nel prossimo futuro avremo veramente la possibilità di certificare lo stato di salute delle persone, anche le analisi che sono state già fatte.

Immaginate una persona che ha avuto le vaccinazioni e degli *screening* che sono tutti nel *chip* della carta in Grecia e che quindi, arrivata in Francia o in Germania, non deve ripetere analisi già fatte, nella carta c'è la storia clinica del paziente, idem se viene in Italia e poi è diretto verso altre misure, oltre ad essere un sistema di tracciabilità delle persone molto forte.

L'INMP, in qualità di centro di riferimento nazionale per la mediazione culturale in sanità, è impegnato nella definizione del curriculum di conoscenze, competenze, abilità per l'esercizio di tale attività.

Il processo definitivo ha preso l'avvio in forma sperimentale per il Progetto «ForMe», percorso formativo per i mediatori transculturali in ambito sanitario, finanziato dal Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi. Lo stesso rappresenta una linea di attività istituzionale, volta al perfezionamento del percorso formativo e al riconoscimento della figura del mediatore in sanità e alla costituzione di un elenco di mediatori esperti a livello nazionale.

Questo è un aspetto estremamente importante, perché è evidente che abbiamo la necessità di formare le persone che non solo negli *hotspot*, ma anche nelle strutture sanitarie sono in contatto con persone che hanno lingue, religioni e culture completamente diverse, per avere informazioni ma aiutarle anche nell'approccio sanitario nell'interesse pubblico, quindi abbiamo rivolto particolare interesse alla formazione.

Approfitto del fatto di essere qui a proposito dei mediatori su un tema che non è proprio prettamente di competenza, però mi ha sollecitato durante la lettura della relazione e lo porgo alla vostra attenzione, soprattutto del presidente, che so persona sensibile alla materia. Ci stiamo occupando delle persone immigrate nel nostro territorio in modo sia legale che illegale e abbiamo un tema molto importante sui mediatori o quantomeno sugli interpreti per i sordi nelle nostre strutture ospedaliere. Sta diventando un problema perché arrivano persone sorde in urgenza in ospedale e nessuno è in grado di comprenderli.

In altri Paesi c'è una rete che, quando arriva in urgenza una persona sorda, fa sì che il mediatore venga subito convocato. Su questo ci sarà un'audizione in un'altra Commissione, presidente, e spero di essere invitata, perché è un tema di cui dobbiamo occuparci.

Altra iniziativa degna di menzione è rappresentata dal Progetto europeo «Equi-Health», coordinato dall'Organizzazione internazionale per le migrazioni, nell'ambito del quale è stata assicurata la piena collaborazione con le altre amministrazioni centrali coinvolte in materia di migrazione, cioè il Ministero dell'interno, quello del

lavoro e delle politiche sociali e quello della giustizia.

La partecipazione del Ministro della salute in tale ambito è finalizzata alla promozione della salute delle popolazioni migranti e vulnerabili quali richiedenti asilo e irregolari, nonché la popolazione Rom e le minoranze etniche. In particolare, si prevede anche, al fine di rispondere alle istanze dei migranti che vengono accolti nel Mediterraneo, la promozione dell'integrazione socio-sanitaria per i migranti giunti nei Paesi membri del Mediterraneo — cioè Italia, Malta, Spagna, Grecia e Croazia — anche attraverso l'analisi sulle condizioni di rischio di salute e sulle relative buone pratiche esistenti.

Particolare attenzione è infine rivolta alla formazione degli operatori sanitari, finalizzata al superamento delle barriere interculturali che condizionano fortemente l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari per la popolazione migrante.

Non ho ancora completato la ricognizione delle iniziative promosse del Ministero della salute nell'ambito del fenomeno migratorio. Devo infatti ricordare il progetto «La competenza interculturale nei servizi sanitari: programma di formazione formatori in Sicilia», promosso dall'OIM e finalizzato all'implementazione delle attività formative nazionali dell'azione europea «Equi-Health», volto inizialmente a istituire una rete di formatori del sistema sanitario nazionale, in particolare in Sicilia, e successivamente esteso anche ad altre regioni.

Il progetto, nato con l'obiettivo di aumentare il livello di sensibilità culturale dei servizi sanitari in Sicilia, per diminuire la discriminazione all'accesso alla salute per la popolazione immigrata, ha migliorato la comprensione dei modelli di migrazione globale, dei fattori di spinta e di attrazione, nonché i necessari rapporti tra la salute e la mobilità umana, attraverso un percorso formativo per formatori che ha rafforzato le competenze interculturali degli operatori sanitari.

Un'altra concreta iniziativa è quella denominata «PHAME 1 e 2» (*Public Health Aspects of Migration in Europe*). Il PHAME

1 risale alla primavera del 2011, quando gli eventi della cosiddetta «Primavera araba» portarono ad una pressione migratoria senza precedenti sui Paesi dell'Europa meridionale, in primo luogo l'Italia; il PHAME 2 è la prosecuzione del precedente progetto, resasi necessaria a causa degli eventi internazionali che hanno portato ad un ulteriore aumento dei flussi migratori non controllati, con cambiamento di rotte e profili dei migranti.

Ai migranti mossi da finalità economiche sempre più frequentemente si sostituiscono e si aggiungono persone in fuga da conflitti richiedenti protezione internazionale, mentre le vie di terra sostituiscono le rotte marittime seguite in precedenza.

Detto fra noi, c'è stata una certa disattenzione fino a qualche mese fa nel resto dei Paesi europei non dell'area mediterranea su questi due progetti. L'Italia ha insistito moltissimo, facendo leva sul gruppo dei Paesi dell'area mediterranea e avvisavamo già da almeno due anni che il cambiamento dei flussi avrebbe portato ad una situazione non controllabile in Germania e in parte delle rotte che sappiamo (Ungheria e via dicendo), e purtroppo si è tutto verificato. Abbiamo fornito anche una certa *expertise* nella gestione della parte sanitaria, chiedendo, negli ultimi due Consigli, di intensificare le attività sanitarie negli altri *hotspot*.

Ricordo quindi la fattiva partecipazione del Ministero della salute nell'ambito del Progetto «*High-level meeting on refugees and migrants health*» nel novembre 2015. Come vi raccontavo prima, il Ministero della salute ha ospitato il 23 e 24 novembre del 2015 il *meeting* di Alto livello su migrazione e salute, organizzato dall'Ufficio regionale europeo dell'OMS.

Al termine del *meeting* è stata prodotta la Carta di Roma, con cui tutti gli Stati membri sono stati invitati ad un'azione volta ad allineare volontà politica, solidarietà umana e capacità tecniche verso l'implementazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione di malattie e mortalità evitabili, nonché al mitigamento della sofferenza delle popolazioni di migranti e rifugiati.

Concludo con un riferimento a un progetto di fondamentale importanza quale quello della Cartella sanitaria per i migranti. Trattasi di uno strumento in formato elettronico in ordine al quale si sono registrate di recente polemiche del tutto strumentali, ma che presenta invece una grande utilità al fine di assicurare ai migranti, fin dall'arrivo sul territorio nazionale, una valutazione dello stato di salute, che possa seguire la persona ed aiutare una corretta presa in carico da parte dei servizi territoriali, anche in caso di successivi spostamenti in altri Paesi.

Oltre alla identificazione e monitoraggio, (*tracking and monitoring*) dello stato di salute dei migranti, la cartella sanitaria consentirà di registrare e conservare i dati scaturiti dai controlli sanitari effettuati lungo tutta la filiera dell'accoglienza, in modo che questi possano essere resi accessibili alle strutture sanitarie, evitando duplicazioni di interventi o – peggio ancora – la mancanza di interventi.

Ho concluso questa corposa relazione, che spero sia stata esauriente, facendo un ultimo appello alla Commissione, sensibilizzando anche chi non tratta normalmente di materia sanitaria. Già da due anni chiediamo un potenziamento dei dipendenti dell'USMAF, che è personale sanitario. Dobbiamo avere medici assegnati a questi specifici uffici di frontiera nei porti, negli aeroporti, nelle aree commerciali, dove trattano il controllo e la sicurezza delle merci, delle persone, dei velivoli.

Stiamo intervenendo su Zika con misure preventive da mesi per il rischio della compatibilità tra le zanzare, cioè tra la zanzara Tigre e la zanzara di Zika; ancora non è stato riscontrato, ma abbiamo agito in modo preventivo.

Noi agiamo con un personale che fa tutto quello che può, ma sono i medici di cui vi dicevo sono 20. Considerando anche il cambiamento di sensibilità, il fatto che siamo in un mondo globale e che, al di là dell'emergenza migranti, siamo sottoposti periodicamente alla necessità di controlli stringenti (c'è stata Ebola e ci possono essere altri tipi di infezioni non così gravi, ma più facilmente trasmissibili), un poten-

ziamento dell'area sanitaria dell'USMAF (avevamo chiesto 60 unità) è estremamente importante per poter garantire l'efficacia del servizio, anche perché poi non ci si può lamentare che ci sia un solo medico del Servizio sanitario nazionale.

Approfitto per ringraziare i nostri medici, che hanno lavorato nel Ministero senza turni, con grande abnegazione, come può essere soltanto in un lavoro di questo tipo, hanno garantito una copertura sanitaria in momenti molto difficili e in condizioni estreme anche dal punto di vista dell'impatto psicologico di quello che accade quando si accolgono queste persone e si interviene, perché certamente non è una situazione normale, con cadaveri e persone in stato estremo, quindi situazioni veramente molto complesse, per cui approfitto di questa occasione per ringraziare loro e tutti gli operatori sanitari, i medici, i volontari della Croce Rossa e delle altre organizzazioni che hanno svolto in questi anni un lavoro veramente encomiabile.

PRESIDENTE. Grazie, signor Ministro, anche noi ovviamente ci associamo ai suoi ringraziamenti per gli operatori sanitari impegnati in prima linea in questa importante sfida. Abbiamo esaurito i tempi a nostra disposizione, perché purtroppo iniziano i voti dell'Aula.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Ho parlato troppo...

PRESIDENTE. No, lei ha fatto, signor ministro, un'ampia ed esauriente relazione che ci consegnerà e io distribuirò a tutti i colleghi. Direi però di rimanere d'accordo che la dobbiamo incontrare di nuovo per le domande e per un passaggio successivo...

VEGA COLONNESE. Però presto.

PRESIDENTE. Sì, vediamo di fissare un incontro in tempi rapidi... Siccome è un argomento molto importante, come ovviamente lei può ben capire, è necessario fissare un'altra data in cui i colleghi le possano sottoporre chiarimenti, domande, delucidazioni ai quali potrà poi replicare.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Senz'altro.

ELENA CARNEVALI. Ovviamente la ringrazio per l'ampia, esaustiva, dettagliata relazione. Le chiederei se fosse possibile non far passare molto tempo.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Anche la prossima settimana.

ELENA CARNEVALI. Benissimo. Le spiego anche perché. Non le anticipo le domande, ma le dico solo che ovviamente molto di quanto le chiederemo è frutto delle missioni e delle audizioni che abbiamo fatto con i presidenti di Regione. Queste sono le nostre due fonti sulle quali abbiamo bisogno di confrontarci. Grazie.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Se avete delle domande tecniche, potete farmele avere.

PRESIDENTE. Se lei lo ritiene opportuno, ora consegniamo il materiale e, se i colleghi vogliono mandare alla Presidenza delle domande di chiarimento, lei avrà modo di prenderne visione.

Nel ringraziare il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 13.30.**

---

*Licenziato per la stampa  
il 1° dicembre 2017*

---



\*17STC0027040\*