



Assemblea

RESOCONTO STENOGRAFICO

ALLEGATI

ASSEMBLEA

760^a seduta pubblica (antimeridiana)

martedì 14 febbraio 2017

Presidenza della vice presidente Lanzillotta

INDICE GENERALE

<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i>	5
<i>ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta)</i>	37
<i>ALLEGATO B (contiene i testi eventualmente consegnati alla Presidenza dagli oratori, i prospetti delle votazioni qualificate, le comunicazioni all'Assemblea non lette in Aula e gli atti di indirizzo e di controllo).....</i>	67

INDICE

RESOCONTO STENOGRAFICO

SUL PROCESSO VERBALE

PRESIDENTE.....	5
MARTELLI (M5S).....	5

Verifiche del numero legale

PREANNUNZIO DI VOTAZIONI MEDIANTE PROCEDIMENTO ELETTRONICO.....6

MOZIONI

Discussione delle mozioni 1-00600, 1-00638, 1-00684, 1-00713 e 1-00719 sui tumori femminili

Approvazione delle mozioni 1-00600 (testo 2), 1-00638 (testo 2), 1-00684 (testo 2), 1-00713 (testo 2) e 1-00719 (testo 2):

PRESIDENTE.....	6, 7
RIZZOTTI (FI-PdL XVII).....	6, 7
D'AMBROSIO LETTIERI (CoR).....	9
GAETTI (M5S).....	10

SALUTO AD UNA RAPPRESENTANZA DI STUDENTI

PRESIDENTE.....	12
-----------------	----

MOZIONI

Ripresa della discussione delle mozioni 1-00600, 1-00638, 1-00684, 1-00713 e 1-00719:

PRESIDENTE.....	13, 15, 20, 24
DIRINDIN (PD).....	13
GAMBARO (ALA-SCCLP).....	14
FUCKSIA (Misto).....	15
ANITORI (AP (Ncd-CpI)).....	16
PADUA (PD).....	18
FARAONE, sottosegretario di Stato per la salute.....	20
D'AMBROSIO LETTIERI (CoR).....	24
COMAROLI (LN-Aut).....	25
MAZZONI (ALA-SCCLP).....	26
PETRAGLIA (Misto-SI-SEL).....	27
AIELLO (AP (Ncd-CpI)).....	29

SALUTO AD UNA RAPPRESENTANZA DI STUDENTI

PRESIDENTE.....	30
-----------------	----

MOZIONI

Ripresa della discussione delle mozioni 1-00600, 1-00638, 1-00684, 1-00713 e 1-00719:

PRESIDENTE.....	33
GAETTI (M5S).....	30
RIZZOTTI (FI-PdL XVII).....	30
DE BIASI (PD).....	31

INTERVENTI SU ARGOMENTI NON ISCRITTI ALL'ORDINE DEL GIORNO

FASIOLO (PD).....	34
DI GIACOMO (AP (Ncd-CpI)).....	35

ALLEGATO A

MOZIONI..... 37

Mozioni sui tumori femminili.....	37
-----------------------------------	----

ALLEGATO B

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA..... 68

CONGEDI E MISSIONI..... 75

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE ATTIVITÀ ILLECITE CONNESSE AL CICLO DEI RIFIUTI E SU ILLECITI AMBIENTALI AD ESSE CORRELATI

Trasmissione di documenti.....	76
--------------------------------	----

DISEGNI DI LEGGE

Trasmissione dalla Camera dei deputati.....	76
Annunzio di presentazione.....	76
Assegnazione.....	77

GOVERNO

Trasmissione di atti e documenti.....	77
---------------------------------------	----

GARANTE DEL CONTRIBUENTE

Trasmissione di atti.....	78
---------------------------	----

CORTE DEI CONTI

Trasmissione di documentazione.....	78
-------------------------------------	----

PARLAMENTO EUROPEO

Trasmissione di documenti.....	78
--------------------------------	----

INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI

Interpellanze.....	81
Interrogazioni.....	84
Interrogazioni orali con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento.....	97
Interrogazioni da svolgere in Commissione.....	116

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: ALA-Scelta Civica per la Costituente Liberale e Popolare: ALA-SCCLP; Area Popolare (Ncd-Centristi per l'Italia): AP (Ncd-CpI); Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Moderati, Idea, Euro-Exit, M.P.L. - Movimento politico Libertas, Riscossa Italia): GAL (GS, PpI, M, Id, E-E, MPL, RI); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Federazione dei Verdi: Misto-FdV; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-IpI; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento la Puglia in Più: Misto-MovPugliaPiù; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà: Misto-SI-SEL.

RESOCONTO STENOGRAFICO

Presidenza della vice presidente LANZILLOTTA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 11*).

Si dia lettura del processo verbale.

PETRAGLIA, *segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana dell'8 febbraio.*

Sul processo verbale

MARTELLI (*M5S*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARTELLI (*M5S*). Signor Presidente, chiedo la votazione del processo verbale, previa verifica del numero legale.

Verifica del numero legale

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori, mediante procedimento elettronico.

(La richiesta risulta appoggiata).

Invito pertanto i senatori a far constatare la loro presenza mediante procedimento elettronico.

(Segue la verifica del numero legale).

Il Senato è in numero legale.

Ripresa della discussione sul processo verbale

PRESIDENTE. Metto ai voti il processo verbale.

È approvato.

Comunicazioni della Presidenza

PRESIDENTE. L'elenco dei senatori in congedo e assenti per incarico ricevuto dal Senato, nonché ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicati nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

Preannunzio di votazioni mediante procedimento elettronico

PRESIDENTE. Avverto che nel corso della seduta odierna potranno essere effettuate votazioni qualificate mediante il procedimento elettronico.

Pertanto decorre da questo momento il termine di venti minuti dal preavviso previsto dall'articolo 119, comma 1, del Regolamento (*ore 11,05*).

Discussione delle mozioni nn. 600, 638, 684, 713 e 719 sui tumori femminili (ore 11,05)

Approvazione delle mozioni nn. 600 (testo 2), 638 (testo 2), 684 (testo 2), 713 (testo 2) e 719 (testo 2)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00600, presentata dalla senatrice Rizzotti e da altri senatori, 1-00638, presentata dal senatore D'Ambrosio Lettieri e da altri senatori, 1-00684, presentata dal senatore Gaetti e da altri senatori, 1-00713, presentata dalla senatrice Dirindin e da altri senatori, e 1-00719, presentata dal senatore Mazzoni e da altri senatori, sui tumori femminili.

Avverto i colleghi che si è convenuto, per concludere l'esame e votare le mozioni in esame, di contenere i tempi degli interventi. Pur con un po' di tolleranza, vi prego dunque di rispettare i limiti.

Ha facoltà di parlare la senatrice Rizzotti per illustrare la mozione n. 600. (*Brusio*).

Invito i senatori cui non interessa l'argomento di accomodarsi fuori dall'Aula per conversare, al fine di consentire alla senatrice Rizzotti di svolgere il suo intervento con un tono di voce normale.

RIZZOTTI (*FI-PdL XVII*). Signora Presidente, ringrazio la Presidenza per la calendarizzazione della mozione di cui sono prima firmataria, la cui approvazione è molto attesa dal mondo scientifico oncologico e dalle associazioni dei pazienti.

Oggi l'87 per cento delle donne colpite da carcinoma della mammella sopravvive grazie alla diagnosi precoce e alle terapie tempestive. In quindici anni, nel nostro Paese, è risultato un incremento del 27 per cento di carcinoma mammario nelle *under 50* e lo *screening* nelle donne dai cinquanta ai sessantanove anni ha ridotto del 40 per cento la mortalità. La diagnosi precoce di questa malattia fa sì che la sopravvivenza e la guarigione possano arrivare al 98 per cento, ma ricordiamo che il carcinoma della mammella resta la prima causa di morte tra le donne tra i quaranta e i cinquanta anni.

È necessario abbassare l'età a partire dalla quale il nostro Sistema sanitario nazionale eroga gratuitamente la mammografia (dai quarantacinque ai cinquanta anni), anche se c'è sempre notevole discrepanza nell'accesso mammografico tra il Nord, il Centro e il Sud del Paese. Anzi, si rileva attualmente un aumento delle discrepanze a causa della crisi economica che ha colpito il nostro territorio, che fa sì che le donne rinuncino a curarsi non potendo pagare il *ticket* per un esame necessario alla loro vita.

Vi sono però evidenze scientifiche che dimostrano che molte donne ad alto rischio per importante storia familiare o portatrici della mutazione genetica BRCA1 o BRCA2 dovrebbero iniziare i controlli mammografici a venticinque anni, ed è questo il motivo della mozione da me presentata.

Permesso che la mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 accresce rispettivamente il rischio di cancro al seno e alle ovaie, le donne portatrici di mutazioni di tali geni hanno un'elevata probabilità (circa il 60 per cento) di sviluppare un tumore mammario nell'arco della vita. Le mutazioni di tali geni conferiscono anche un rischio di carcinoma ovarico tubarico stimato nell'ordine del 40 per cento per il BRCA1 e del 20 per cento per il BRCA2. Si stima che le forme mutate siano presenti in circa 1-5 donne su 10.000, e questa variabilità dipende da popolazioni con diversa prevalenza.

In presenza di mutazioni, sono previste diverse strategie di profilassi e trattamento: la mastectomia preventiva, lo *screening* serrato... (*Brusio*).

Mi piacerebbe che i colleghi maschi ai quali non interessa l'argomento magari stessero zitti.

PRESIDENTE. Ha perfettamente ragione. Prego i colleghi di consentire l'intervento e di rispettare il tema che stiamo discutendo, anche se non li riguarda direttamente.

RIZZOTTI (*FI-PdL XVII*). Ma magari in famiglia forse sì, e comunque è educazione.

PRESIDENTE. Dobbiamo farcene una ragione. Continui senatrice.

RIZZOTTI (*FI-PdL XVII*). Le donne con BRCA-1 e BRCA-2 positivo devono sottoporsi a mammografia, ecografia e risonanza magnetica ogni anno a partire dai trent'anni e, a partire dai quaranta, a una mammografia e a una risonanza magnetica con cadenza annuale, inframmezzata da un'ecografia ogni sei mesi; al blocco degli estrogeni attraverso l'uso di farmaci antiestrogenici, che dimezzano il rischio individuale, e all'asportazione delle ovaie, ottenendo un effetto simile a quello dei farmaci antiestrogenici. Ricordiamo comunque che questa pratica, se azzerà il rischio di cancro all'ovaio, non lo fa con quello della mammella. E teniamo presente anche l'età alla quale queste donne dovrebbero essere sottoposte a un siffatto intervento, che ovviamente bloccherebbe la loro possibilità di maternità.

Si possono anche cambiare i propri stili di vita: una donna ad alto rischio dovrebbe adeguarli alle raccomandazioni, evitando l'alcol, mangiando in modo equilibrato, riducendo il proprio peso se in sovrappeso, e via dicendo.

La strategia dello *screening* per il BRCA-1 e BRCA-2 è molto utile per dimezzare il rischio delle donne positive, ma risulta particolarmente costosa a causa dei *ticket* di compartecipazione alla spesa degli esami strumentali e delle tecniche di laboratorio. Le associazioni di pazienti hanno svolto negli ultimi anni campagne di sensibilizzazione nell'ambito delle istituzioni regionali per consentire un'esenzione dal *ticket* delle donne positive ai test BRCA-1 e BRCA-2.

La campagna ha avuto un esito positivo in due diverse Regioni: l'Emilia-Romagna, nella delibera n. 220 del 2011, ha delineato un complesso programma per la prevenzione e la sorveglianza del rischio eredo-familiare del carcinoma mammario, adottando specifiche e progressive linee guida che portano all'individuazione delle donne a rischio e all'attuazione di specifiche strategie fra cui quella di esentare dal *ticket*; la Lombardia, con la delibera di esenzione approvata il 4 agosto 2015, ha disposto, in base al decreto legislativo n. 124 del 1998, che sono escluse dal sistema di partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva realizzati in attuazione del piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali.

Un'ulteriore delibera del 2014 prevede «misure per il miglioramento dell'equità e delle prestazioni a favore dei cittadini», tra le quali rientrano l'«esenzione dalla compartecipazione per determinate categorie di pazienti», soprattutto se portatori di mutazioni genetiche che conferiscono un alto rischio di sviluppo di tumori e necessitano pertanto di una sorveglianza intensiva.

In tal senso, verranno definite le tipologie di prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse, così come le categorie di soggetti interessati.

In concreto, le delibere di Lombardia ed Emilia-Romagna prendono atto del rischio di sviluppare un tumore al seno e/o all'ovaio da parte di donne portatrici delle mutazioni genetiche in questione e sottolineano l'opportunità di inserire questi soggetti in programmi di sorveglianza specifici, volti alla diagnosi precoce e alla prevenzione dell'insorgenza di tale tumore.

Tenuto conto che altre due Regioni, il Veneto e il Piemonte, stanno valutando attualmente di ricorrere alla medesima esenzione e ai medesimi strumenti di prevenzione, permane invece una situazione di gravissima iniquità in tutte le altre Regioni italiane, dove tali strumenti preventivi risultano inattuabili a causa del numero degli esami da effettuare e agli alti costi di compartecipazione.

Chiediamo pertanto un impegno del Governo - del quale gradirei l'attenzione - a impegnare e destinare le risorse economiche e ad adottare tutte le misure, anche attraverso accordi all'interno della Conferenza Stato-Regioni, al fine di assicurare l'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale per l'esenzione dal *ticket*, riservata già da alcune Regioni, alle donne portatrici di mutazioni patogenetiche dei geni BRCA-1 e BRCA2, garantendo il rispetto del diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, e anche del diritto alla vita. (*Applausi dai Gruppi FI-PdL XVII e CoR*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il senatore D'Ambrosio Lettieri per illustrare la mozione n. 638.

Mi appello anche a lui per il rispetto dei tempi.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). Signora Presidente, signor sottosegretario Faraone, colleghe e colleghi, è ormai noto che la diagnosi di tumore non è più una sentenza inappellabile che pone davanti al malato lo spettro imminente della fine della vita. Così non è più, e non è più da tempo.

Gli stili di vita, i farmaci innovativi con un potere selettivo di azione sempre maggiore, la prevenzione, con gli *screening* sempre più puntuali ed efficaci, l'attività di diagnosi precoce hanno complessivamente creato le condizioni per invertire il quadro epidemiologico delle patologie oncologiche, determinando così un destino meno infausto, un destino più rassicurante, al punto tale che oggi si dice che si muore non più con il tumore, ma di tumore, a voler proprio significare che la patologia neoplastica, ancorché diagnosticata, non rappresenta più la causa della morte.

In effetti, in Italia vi sono 2,4 milioni di pazienti affetti da tumore. Di questi, un milione e mezzo (quindi circa il 60 per cento) sono così detti lungo sopravvissenti, nel senso che vivono più di cinque anni rispetto alla data di diagnosi. E il 27 per cento (ossia 650.000 persone) vive con una aspettativa di vita che è considerata pari a quella di chi questa patologia non l'ha mai avuta.

Tuttavia, vi sono delle criticità, molte criticità, che interpellano - come è ben noto - non soltanto il decisore politico ma l'intera comunità scientifica. La LILT ne pone sul tappeto una, che forma oggetto della mozione che io offro, con alcune considerazioni, alla valutazione dell'Aula. La LILT dice di prestare attenzione, perché il tumore della mammella è il *big killer* delle donne: il 14 per cento dei tumori in generale e il 29 per cento dei tumori per la donna.

È un quadro particolarmente allarmante, soprattutto in considerazione del fatto che è in tendenziale aumento: il 15 per cento su tutti i dati generali dei tumori e il 30 per cento dei tumori tra le giovani donne con meno di cinquanta anni.

Perché ci si ammala di più? Certamente, l'aspettativa di vita che aumenta rappresenta una motivazione, ma non è la sola, perché non giustificherebbe il fatto che ci si ammala, anche di più, nella giovane età. Vi sono altri motivi. Il fumo, l'obesità, il diabete, la sedentarietà, le disfunzioni ormonali e l'ipertensione sono tutti fattori di rischio.

E davanti a un quadro di questo genere, cosa si può fare, cosa deve fare il decisore politico, cosa può fare il Governo? Si può fare qualcosa? Sì: si può fare qualcosa, si può fare di più e si può fare meglio. Su quale versante? Sui versanti della prevenzione, della diagnosi precoce e dei percorsi assistenziali, tenendo conto anche della necessità, evidenziata più volte, di creare maggiore omogeneità nell'ambito dei livelli assistenziali su tutto il territorio.

Signora Presidente, siccome non interverrò in discussione generale, le chiedo di accordarmi qualche minuto in più, perché intenderei assorbire

con questo intervento i cinque minuti della discussione generale assegnati al mio Gruppo.

PRESIDENTE. La Presidenza l'autorizza in tal senso.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). La ringrazio, signora Presidente.

Sulla base del documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative e assistenziali della rete dei centri di senologia, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2014, si rende necessario adeguarsi ad alcune specifiche prescrizioni, che io riassumo e che formano oggetto del mio atto di richiesta di impegno al Governo.

Occorre attivare le *breast unit*, che dovrebbero avere il valore di un riferimento certo e sicuro dove fare approdare le donne per effettuare i percorsi di diagnosi e di cura. Di fatto, il numero delle *breast unit*, attualmente operative su tutto il territorio nazionale italiano, è sensibilmente inferiore rispetto al numero dei centri attivabili secondo i requisiti previsti dalle vigenti direttive europee.

Ancora. È necessario porre in essere iniziative che consentano di ridurre l'età in cui si può svolgere l'attività di *screening*. Oggi si comincia a cinquanta anni, ma credo nella necessità di promuovere iniziative finalizzate a includere nei programmi di *screening* previsti dal Sistema sanitario nazionale anche le donne a partire dall'età di venticinque anni, con attività di monitoraggio ecografico, e le donne con un'età maggiore, cioè quelle con più di quaranta anni, con il ricorso alla mammografia. È necessario porre in essere attività utili a potenziare le iniziative di prevenzione e diagnosi con campagne di informazione e incentivare la tecnica dell'autopalpazione fin dalle scuole secondarie di secondo grado, al fine di promuovere la consapevolezza dell'autodiagnosi come elemento introduttivo di un percorso che può consentire la diagnosi precoce. Sono richieste abbastanza semplici che non incidono sui costi.

A proposito dei costi, concludo evidenziando che nella valutazione dei costi complessivi è necessario considerare che molto spesso le somme destinate all'attività di prevenzione e di potenziamento delle attività di diagnosi precoce sono inferiori ai costi che deriverebbero dall'aumento delle patologie che ci sarebbe in assenza di tali attività, senza considerare, naturalmente, l'aumento del numero delle persone che perdono la vita.

Pertanto, affido la mia richiesta al Governo e sono convinto di ottenere attenzione e condivisione. (*Applausi dal Gruppo CoR*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il senatore Gaetti per illustrare la mozione n. 684.

GAETTI (*M5S*). Signora Presidente, più che presentare la mozione che mi vede primo firmatario, vorrei fare una presentazione comparata delle cinque mozioni che andremo a discutere oggi, in quanto presentano sostanzialmente la stessa scaletta e vorrei quindi esaltarne le differenze.

Tutte le mozioni iniziano con una premessa importante, e cioè con il numero dei tumori della mammella, che in Italia è piuttosto importante: si

parla di circa 50.000 nuovi casi all'anno. La mozione del collega D'Ambrosio Lettieri riporta dati elaborati dalla LILT anziché dati più ufficiali come quelli dell'AIRTUM o dell'ISTAT.

Tutte evidenziano, comunque, che non esiste una vera e propria prevenzione. Certo, gli stili di vita sono estremamente importanti, ma interessano soprattutto la fascia delle donne in menopausa, per le quali il discorso ormonale rientra in un gioco importante. In tali casi si può effettivamente incidere sulla dieta, riducendo il metabolismo di alcuni ormoni e di conseguenza la potenza cinetica delle cellule. E ciò è dimostrato soprattutto dagli studi del professor Berrino, i famosi studi Diana, che sono arrivati alla quinta implementazione, studi epidemiologici che hanno coinvolto diverse migliaia di persone.

In questa sede vorrei anche stigmatizzare che se il cittadino può scegliere di cosa cibarsi, non può fare la stessa cosa per l'aria che respira e neanche per l'acqua dell'acquedotto che beve. Su questi elementi è la maggioranza che ha il compito di cambiare le leggi e di influire, mentre abbiamo visto - per esempio - come sui limiti della potabilità dell'acqua continuino ad aumentare i livelli di riferimento, come per gli PSA della Regione Veneto.

Quindi, l'unico grande rimedio è l'analisi precoce, che si può attivare in diversi modi, anzitutto aumentando la coscienza delle donne tramite - lo abbiamo sentito - l'autopalpazione e, soprattutto, l'attenta osservazione del seno, in particolare nel periodo post mestruale. Quindi, devono essere insegnate e attentamente valutate le variazioni e i cambiamenti di forma e consistenza del capezzolo e della buccia d'arancia, anche attivando gli *screening*.

Un discorso a parte - come ha ben spiegato la senatrice Rizzotti - merita l'analisi precoce per quella piccola fetta di donne portatrici di mutazioni genetiche, le quali hanno una possibilità altissima (intorno al 50 per cento) di sviluppare il cancro. La mozione a prima firma della senatrice Rizzotti chiede giustamente l'attivazione di un protocollo attento su questo gruppo di persone, senza però spiegare come selezionarlo. Infatti, se per selezionare occorre uno *screening* di massa, allora noi non siamo per nulla d'accordo, perché i costi sarebbero maggiori dei benefici.

Ricordo che in Italia gli *screening* sono già attivati per le donne di età compresa tra i cinquanta e i sessantanove anni, e abbiamo sentito che alcune Regioni hanno ampliato il *range* anche all'età compresa tra i quarantacinque e i settantacinque, con ciò creandosi una grande variabilità di percentuale tra Regione e Regione. Sull'invito alle donne, in alcune Regioni si arriva al 100 per cento, mentre in altre al 50 per cento; sull'adesione delle donne, in certe Regioni si sfiora il 50 per cento.

Su questo punto le varie mozioni danno ricette diverse. Il Movimento 5 Stelle ritiene che si debba mettere in gioco il futuro professionale dei direttori generali, cercando di dare un incentivo economico a chi si sottopone agli *screening*, anche perché in tal modo si conseguirà un risparmio in termini di costi. Questa è una visione molto innovativa degli *screening*.

Non ci vede assolutamente d'accordo la mozione del collega D'Ambrosio Lettieri, laddove prevede l'estensione degli *screening* alle donne sotto i venticinque anni di età, ancorché con esame non radiologico, ma ecografico e senologico. Da anatomopatologo ho fatto centinaia di agoaspirati di tut-

ti i tipi (anche microbiopsie) e conosco la difficoltà di lavorare sul seno di una donna giovane, che ha una consistenza ormonale diversa e cambia continuamente a seconda del ciclo. Tutti i lavori scientifici indipendenti che hanno valutato questo aspetto ritengono che non sia una strada attualmente percorribile, se non ovviamente per una stretta categoria di persone, ossia - come abbiamo visto prima - coloro che presentano mutazioni genetiche o un danno ormonale e metabolico di un certo tipo. Dovremmo selezionare questo sotto gruppo, ma la selezione è possibile solo quando gli *screening* funzionano in maniera ottimale e - come abbiamo visto - ciò non avviene in tutte le Regioni.

L'altro punto che quasi tutte le mozioni prendono in considerazione riguarda le *breast unit*, ossia i centri deputati a seguire le donne. Voglio ricordare che nel 2012 i 45.413 interventi registrati sono stati fatti in 593 strutture, che sono decisamente troppe, in quanto gli *standard* qualitativi prevedono che un chirurgo faccia almeno 150 interventi all'anno. Concordiamo, quindi, nel concentrare gli interventi (e, a seguire, le chemioterapie e quant'altro) in centri limitati, che vanno però messi in funzione di una rete di interventi, non potendo concentrare tutto in pochi ospedali quando nei centri periferici vi sono ospedali nuovi e all'avanguardia, anche dal punto di vista strutturale. Riteniamo - ad esempio - opportuno che i primi tre giorni della settimana un'*équipe* possa lavorare in un ospedale e, negli altri tre giorni, in un altro che è distante 30 o 40 chilometri, onde evitare che le donne siano costrette a fare decine di chilometri per andare nei centri dove sono curate meglio nella malattia, ma non certo dal punto di vista umano (mi riferisco al territorio e al personale di supporto). Chiedo che questo aspetto venga tenuto in debita considerazione, perché esiste, sì, la malattia fisica nella donna, ma anche l'elemento psicologico.

Avviandomi a concludere, desidero soffermarmi sull'altro aspetto sollevato dalle mozioni in esame, ossia la ricerca. Certo, la ricerca va fatta non solo per migliorare le nuove terapie e, quindi, non solo in ambito scientifico, ma anche per aumentare la coscienza sociale. Vanno, pertanto, fatte ricerche per far sì che gli *screening* siano strutturati meglio, coinvolgano i medici di base e creino una cultura di tipo generale per incentivare le donne a sottoporvisi, essendo fondamentali per la loro salute.

Più che la presentazione della mozione, ho voluto esaltare le diversità per consentire a chi ci ascolta di cogliere le varie differenze. (*Applausi dal Gruppo M5S*).

Saluto ad una rappresentanza di studenti

PRESIDENTE. Salutiamo gli allievi e i docenti dell'Istituto comprensivo «Civitella San Paolo» di Torrita Tiberina, in provincia di Roma, che stanno assistendo ai nostri lavori. (*Applausi*).

Ripresa della discussione delle mozioni nn. 600, 638, 684, 713 e 719 (ore 11,30)

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Dirindin per illustrare la mozione n. 713.

DIRINDIN (PD). Signora Presidente, colleghe e colleghi, rappresentanti del Governo, è già stato detto da chi mi ha preceduto quanto il tumore della mammella sia importante. Purtroppo, per le donne è la neoplasia più frequente, tanto da rappresentare il 29 per cento di tutte le neoplasie femminili.

Negli ultimi decenni si è registrata una costante riduzione della mortalità, anche se accompagnata da un costante aumento della frequenza della diagnosi. E questo è il risultato della sempre più ampia diffusione della diagnosi precoce, che ha permesso di aumentare il numero di tumori identificati ai primi stadi di sviluppo, quando il trattamento ha maggiore probabilità di successo, di essere più efficace e meno invasivo.

I programmi di *screening* dei tumori, e in particolare di quelli femminili, è il più importante intervento organizzato di sanità pubblica che il nostro Paese, insieme ad altri Paesi occidentali, ha messo in campo ormai da una ventina di anni. È un programma che implica un processo molto complesso, che agisce su una popolazione asintomatica che viene espressamente invitata a sottoporsi ai *test*. Gli ultimi dati ci dicono che le donne invitate da questi programmi sono 13 milioni e che sono stati fatti annualmente 6 milioni di *test* negli ultimi anni per poter individuare precocemente questa patologia. Per una donna vale la pena sottoporsi agli *screening* mammografici perché - da un lato - riduce il rischio di morire di cancro al seno e - dall'altro - ha costi assolutamente accettabili in termini di sovra diagnosi e di falsi positivi. E dico questo perché è estremamente importante fare un'analisi dei benefici e dei rischi avendo - come sappiamo - negli accertamenti diagnostici aspetti di rischio che vanno attentamente valutati rispetto ai benefici che comportano.

In Italia i programmi di *screening* degli ultimi decenni sono stati in grado di creare un'infrastruttura efficiente e di buona qualità. E ciò è estremamente importante perché, pur con le differenze di cui parlerò, l'accesso al sistema di diagnosi e trattamento per il cancro alla mammella è stato organizzato secondo indicazioni a livello nazionale e poi regionale in modo estremamente puntuale, dando luogo a una rete di strutture che mettono in campo il meglio, probabilmente, per quanto riguarda la prevenzione secondaria del nostro sistema sanitario. Lo dimostrano - e non lo dico io certamente - gli indicatori che servono a valutare il funzionamento di questi programmi a livello nazionale e nelle diverse Regioni. Gli indicatori rispettano tutti gli *standard* di riferimento indicati dalla letteratura scientifica - siamo certamente a livelli prossimi a quelli dei Paesi dell'Europa occidentale con i quali abbiamo l'abitudine di confrontarci - e confermano il buon andamento complessivo dell'attività dei programmi di *screening* realizzata in Italia.

Gli indicatori sono molti - è un processo molto definito sulla base delle indicazioni scientifiche - e riguardano sia l'adesione all'invito, che per

l'Italia è intorno al 55 per cento della popolazione invitata, sia il rapporto tra le biopsie benigne e maligne (un altro indicatore importante), sia il tasso di identificazione dei tumori invasivi (quelli molto piccoli), sia, infine, la percentuale dei trattamenti chirurgici. Il problema non è, infatti, soltanto individuare precocemente la patologia, ma garantire, dopo l'individuazione, il trattamento più adeguato al paziente.

Restano certamente dei miglioramenti da apportare e per questo nella nostra mozione ci soffermiamo su tre richieste, rispetto alle quali chiediamo l'impegno del Governo. La prima richiesta è di tipo organizzativo: promuovere la realizzazione di un'efficiente e capillare rete di centri integrati con gli *screening* organizzati. Questo è estremamente importante perché anche nelle realtà dove il sistema, pur essendo presente, non funziona al meglio bisogna garantire il massimo della qualità e fare in modo che i centri di senologia si dotino di sistemi di monitoraggio e produzione di indicatori di qualità simili a quelli ormai tradizionalmente utilizzati dai programmi di *screening* organizzati.

La seconda richiesta che indirizziamo al Governo riguarda il grave problema delle differenze interregionali nell'accesso ai programmi di *screening*. Ricordo - ad esempio - che il tasso di adesione delle donne all'invito è del 63 per cento al Nord e del 36 per cento al Sud. Quindi, ci sono grandi differenze fra le diverse Regioni, e ciò non soltanto causa il mancato riconoscimento precoce del problema, ma soprattutto, in alcuni casi, induce a un uso spontaneo dei *test* che - da un lato - costano e - dall'altro - sono erogati senza le evidenze scientifiche che invece devono esserci.

La terza e ultima richiesta che rivolgiamo al Governo riguarda l'innovazione. In tempi in cui il progresso scientifico e le conoscenze tendono a essere sempre più frequenti, è importante che ci sia anche in questo campo un'innovazione. Come è già stato detto in altri casi, riteniamo che, così come alcune Regioni hanno già sperimentato programmi di *screening* a favore delle donne dai quarantacinque ai quarantanove anni, per le quali esistono evidenze scientifiche di ragionevolezza rispetto alla proposta di uno *screening* organizzato, il Governo debba impegnarsi a mettere in campo specifici interventi affinché i programmi siano posti in essere non soltanto nelle tre Regioni nelle quali ormai da qualche anno sono sviluppati, ma anche nelle altre.

Riteniamo che altre estensioni non abbiano senso e non perché costino - sarebbe grave se ci limitassimo a quest'aspetto - ma perché non ci sono le evidenze scientifiche che il beneficio sia sufficiente a compensare il rischio. Per questo ci limitiamo a siffatta richiesta. *(Applausi dal Gruppo PD)*.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Gambaro per illustrare la mozione n. 719.

GAMBARO *(ALA-SCCLP)*. Signora Presidente, naturalmente condividiamo quello che è già stato detto dai colleghi degli altri Gruppi e chiediamo al Governo di impegnarsi in alcune azioni: in primo luogo, a potenziare i programmi di *screening* in tutte le Regioni italiane, prendendo atto

che le aree del Sud Italia - come è già stato detto - hanno minori tassi di adesione ai programmi, ma anche una minore efficienza degli stessi.

Chiediamo al Governo di attivare le *breast unit*, cioè le raccomandazioni europee cui devono attenersi i centri di senologia su tutto il territorio nazionale.

In terzo luogo, impegniamo il Governo a potenziare il monitoraggio dei dati regionali per permettere di migliorarne l'efficienza; a promuovere interventi volti a sensibilizzare le donne a più livelli, dalle scuole con programmi mirati per le ragazze, al coinvolgimento dei medici di famiglia, a efficaci campagne mediatiche.

Chiediamo al Governo di istituire finanziamenti *ad hoc*, gestiti con bandi specifici, che prevedano la valutazione dei progetti da parte di revisori di chiara fama nel settore a livello internazionale.

Inoltre, chiediamo al Governo di intervenire, con ogni più opportuna iniziativa, affinché entro l'anno 2017 sino attivati in tutte le Regioni i centri di senologia, in ossequio alle linee guida di cui al documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative e assistenziali della rete dei centri di senologia.

Infine, chiediamo l'impegno del Governo a favorire la creazione di laboratori traslazionali e a diffondere la creazione di unità di bioinformatica in tutto il territorio. (*Applausi dei senatori D'Ambrosio Lettieri e Fucksia*).

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

È iscritta a parlare la senatrice Fucksia. Ne ha facoltà.

FUCKSIA (*Misto*). Signora Presidente, tante cose condivisibili sono state già dette e condivido in particolare il discrimine cui ha fatto riferimento la senatrice Dirindin riguardo alla questione rischio-beneficio e l'intervento del senatore Gaetti nella sua totalità. Prendiamo atto che attualmente la strategia utilizzata per il controllo del tumore al seno, basata sulla combinazione tra lo *screening* per la diagnosi precoce della malattia e trattamenti oncologici sempre più personalizzati, ha fornito innegabili risultati positivi, che si sono tradotti in un progressivo aumento della sopravvivenza delle pazienti a cinque anni dalla diagnosi (attualmente è superiore all'80 per cento). Tuttavia, il cancro al seno continua ad essere la maggiore causa di mortalità delle donne di età inferiore ai settantacinque anni in quanto, paradossalmente, nello stesso periodo si è assistito a un progressivo incremento di nuovi casi di malattia, con un problema crescente di sostenibilità economica legata al costo crescente dei trattamenti. In pratica, su 48.000 nuovi casi ogni anno di persone che si ammalano, 11.000 sono le donne che ancora muoiono.

Questo *trend* di crescita dei casi ci fa pensare. Per fare un confronto, il tumore al polmone, che è la prima causa di morte per tumore, nonostante ormai da decenni non si faccia più niente di nuovo per quanto riguarda il suo *screening* precoce e la terapia, ha registrato un calo dei casi legato alle abitudini di vita, ossia alla riduzione del fumo, soprattutto per quanto riguarda il sesso maschile. Il cancro al seno, invece, continua ad essere la maggior causa di mortalità delle donne. Come dimostrato da un recente studio condotto a Bologna dall'associazione Gli Onconauti, in collaborazione

con la ASL di Bologna, su 1.400 donne operate negli anni 2011-2012, almeno il 40 per cento di pazienti "guarite" continua ad essere sintomatica a causa degli effetti collaterali delle terapie e dei disturbi psicologici; questo anche a dodici mesi dal termine dei trattamenti, con grandi difficoltà di reinserimento lavorativo, nella vita familiare e relazionale.

Per questo motivo, mi sento di aggiungere agli impegni sottolineati nelle varie mozioni la necessità di implementare un cambio di strategia. Agli interventi di diagnosi precoce e ai trattamenti oncologici andrebbero associati, a monte, in fase di prevenzione primaria, percorsi di promozione della salute in grado di ridurre del 30-40 per cento il numero di persone che ogni anno si ammalano, e, a valle, percorsi di riabilitazione olistica per facilitare il reintegro lavorativo e sociale. Significativa in questo senso proprio l'esperienza dell'associazione Gli Onconauti (già presente in Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e in graduale espansione), che basa i propri percorsi di promozione della salute e di riabilitazione integrata oncologica sull'associazione tra pratica delle tecniche mente-corpo, supporto psicologico e miglioramento dello stile di vita.

Ho altresì apprezzato il fatto che siano state recepite alcune linee di indirizzo promosse da Europa Donna Italia, appartenente alla coalizione europea Europa Donna, movimento nato nel 1994 da un'idea del professor Umberto Veronesi, oggi presente in 47 Paesi e che rappresenta oltre 80 associazioni. I suggerimenti sono stati recepiti sia a livello di Ministero della salute, sia in alcune mozioni precedenti, sia nelle mozioni illustrate oggi. Quindi la copertura dei programmi di *screening*, i centri di senologia multidisciplinari, la qualità delle mammografie, l'appropriatezza delle terapie e delle garanzie e di ricevere ovunque le migliori cure, sono aspetti sicuramente da rivedere, ma - mi permetto di dire - rivediamoli in un'ottica più globale, cioè di prevenzione. Siccome l'ordine del giorno della seduta odierna reca la discussione di mozioni sui tumori femminili, mi fa specie che parliamo soltanto di tumori al seno, anche se sono i più importanti.

PRESIDENTE. La prego di concludere, senatrice Fucksia.

FUCKSIA (*Misto*). In questo caso, invece, bisognerebbe proprio - anche se a me questi discorsi non piacciono molto - rivedere tutto ciò che è correlato alle evidenze di genere come variabile determinante per la salute sia per quanto riguarda la ricerca sia per quanto concerne la cura, la gestione e il recupero del paziente. È un'ottica che fa sì che il paziente non è più "neutro" ma, appunto, caratterizzato da tante determinanti la cui analisi fa differenza nel risultato.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Anitori. Ne ha facoltà.

ANITORI (*AP (Ncd-CpI)*). Gentile Presidente, onorevoli colleghi, i dati emersi al congresso mondiale dell'American Cancer Society, che si è svolto a Parigi a fine 2016, prevedono nel 2030 un incremento del 60 per cento rispetto al 2012 - dovuto in parte all'invecchiamento della popolazione.

ne - dei decessi per tumore di donne ogni anno, soprattutto nei Paesi più poveri. Il rapporto finale sottolinea quanto sia prioritario puntare su informazione e prevenzione per contrastare questo fenomeno. Anche i dati nazionali mostrano segnali altrettanto preoccupanti: l'aumento dell'incidenza del tumore al seno è pari a oltre il 15 per cento nell'ultimo quinquennio e colpisce una donna su dieci nell'arco della vita. È il tumore più frequente nel sesso femminile e rappresenta - come tutti hanno già detto - il 29 per cento di tutti i tumori che colpiscono le donne: in Italia per il 2016 si stimano circa 50.000 nuovi casi di tumore maligno.

Considerando le frequenze nelle varie fasce d'età, i tumori della mammella sono rappresentati, secondo i dati forniti dall'Associazione italiana dei registri tumori, dal 41 per cento nella fascia d'età zero-quarantanove anni, dal 36 per cento nella fascia d'età cinquanta-sessantanove anni e dal 21 per cento in quella sopra i settant'anni. Purtroppo, nonostante i tantissimi casi diagnosticati in donne al di sotto dei cinquant'anni, tale fascia di età in molte Regioni è esclusa dal programma di *screening*, che prevede l'esecuzione di una mammografia gratuita ogni due anni, per ora riservata, dal Sistema sanitario nazionale, esclusivamente alle donne di età compresa tra i cinquanta e i sessantanove anni.

La diagnosi precoce rappresenta un'arma fondamentale nella lotta contro il tumore al seno, riducendo la mortalità e aumentando le scelte terapeutiche: la probabilità di guarigione, che oggi si attesta intorno all'80-85 per cento dei casi, potrebbe superare il 95 per cento dei casi.

Tra i metodi di prevenzione da promuovere fin dall'età delle scuole secondarie di secondo grado c'è sicuramente quello della pratica dell'autopalpazione. Comunque, già a partire dai venticinque anni di età, le donne dovrebbero sottoporsi a visite senologiche, esami ecografici e, a partire dai quarant'anni, mammografici. Controlli comunque personalizzati in base ai fattori di rischio individuali (profilo ormonale, stile di vita), genetici e ambientali.

Vorrei ricordare, senza alcuna vena polemica, di aver richiamato l'attenzione del Governo su questo tema con l'ordine del giorno G/1120/11/12 alla legge di stabilità 2014, accolto durante l'esame in Commissione, in cui chiedevo, insieme ad altri cofirmatari, che le nuove linee guida di settore prevedessero l'accesso allo *screening* mammografico anche alle fasce di età inferiori ai cinquant'anni e l'estensione alle familiari delle donne portatrici di mutazioni BRCA-1 e/o BRCA-2 delle attività di prevenzione indipendentemente dall'età anagrafica. Il Ministero rispose che tali raccomandazioni erano ricomprese nel Piano nazionale di prevenzione 2010-2013 e in quello successivo 2014-2018, approvato il 13 novembre 2014 dalla Conferenza Stato-Regioni. Ho rilevato con favore, in particolare, come tra i macro-obiettivi, nella parte relativa alle strategie basate sull'individuo, si proponga di sviluppare un percorso organizzato per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni BRCA-1 e BRCA-2), in modo integrato e complementare al percorso di *screening* attuale.

Nonostante i propositi positivi, i programmi di *screening* mammografico, che costituiscono il maggiore strumento di prevenzione, non sono

distribuiti uniformemente sul territorio nazionale, con grandi differenze tra Regioni, e in particolare tra Nord e Sud. La prevenzione al Nord arriva all'80 per cento dei soggetti a rischio, mentre al Sud scende al di sotto del 40 per cento. Tale disparità regionale nell'assistenza e cura dei pazienti oncologici si evince anche dai dati sulla mortalità, diminuita in maniera molto più evidente al Centro-Nord rispetto al Sud, poiché la sopravvivenza nei tumori dipende, oltre che dall'efficacia dei trattamenti, dalla tempestività della diagnosi e dalla qualità e tempestività dei percorsi di cura.

Inoltre, non esistono linee guida nazionali sulla valutazione e gestione del rischio eredo-familiare di tumore della mammella e dell'ovaio.

L'impegno del Governo a far sì che siano attivati tutti i centri di senologia nelle diverse Regioni italiane, nel rispetto delle linee guida indicate dal documento di indirizzo nazionale, è importantissimo. È stato dimostrato che la cura del tumore al seno in centri di senologia multidisciplinari, cioè le *breast unit*, riduce la mortalità a cinque anni del 18 per cento, perché c'è una maggiore adesione alle linee guida, un aumento dei volumi e, quindi, dell'esperienza degli specialisti e un incremento dell'approccio multidisciplinare, cui si aggiungono i benefici psicologici derivanti da una migliore qualità di vita delle pazienti stesse.

La rete di centri di senologia potrebbe permettere di superare le differenziazioni regionali, obiettivo al quale il nostro sistema sanitario non può sottrarsi, attraverso una cura a 360 gradi delle problematiche relative ai tumori femminili che consentirà anche la diffusione, nonché la condivisione, dei *benchmark* positivi raggiunti.

Quella contro il tumore al seno è una battaglia che può essere vinta solo se tutti gli attori pubblici riusciranno a fare sistema, adottando misure di maggior tutela per la popolazione a rischio e con campagne di sensibilizzazione. L'Intergruppo parlamentare «Insieme per un impegno contro il cancro», di cui faccio parte insieme ad altri colleghi, grazie alla preziosa collaborazione di molte associazioni e professionisti, intende diffondere le buone pratiche di settore, monitorare i *trend* di incidenza della malattia e gli sviluppi normativi ed impegnarsi in un'opera continua di informazione dei cittadini.

Per concludere, auspico che tutti gli sforzi per creare consenso pubblico attorno alla necessità di inasprire la lotta al tumore al seno siano veramente efficaci, non solo in termini di linee guida e orientamento, ma nella loro puntuale, concreta ed effettiva attuazione lungo tutta la nostra Penisola. *(Applausi dal Gruppo AP (Ncd-CpI). Congratulazioni).*

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Padua. Ne ha facoltà.

PADUA (PD). Signora Presidente, secondo i più recenti dati, ogni anno in Italia si ammalano di tumore al seno circa 46.000 donne. Abbiamo più volte ripetuto questo numero che, seppur triste, serve a sensibilizzare noi stesse e tutti quanti ad accogliere la gravità del problema. Escluse le neoplasie che riguardano la cute, si tratta del tumore più frequente che interessa la popolazione femminile, circa una donna su otto, e che causa il maggior numero di decessi in tutte le fasce di età. In assoluto è la prima causa di morte

per le donne tra i trentacinque e i cinquant'anni: si tratta, quindi, di una vera e propria emergenza sanitaria del nostro Paese.

La possibilità di ammalarsi aumenta con l'età, con una probabilità di sviluppo della patologia che supera il 5 per cento per le donne tra cinquanta e sessantanove anni. Come riportato nei testi delle diverse mozioni presentate, sono stati identificati più fattori di rischio, ovvero: fattori ormonali, dietetici metabolici, nulliparità, prima gravidanza a termine dopo i trent'anni, mancato allattamento al seno (su cui tornerò) e mutazioni genetiche.

Tuttavia negli ultimi anni, a partire dalla fine dello scorso secolo, si è osservata una modesta, ma costante tendenza alla diminuzione della mortalità per questo tipo di tumore, grazie allo sviluppo di programmi di diagnosi precoce, e ai progressi medico-scientifici. In questo contesto evolutivo piuttosto favorevole è stata determinante, anche, l'applicazione della risoluzione europea relativa alla necessità di far curare le donne affette da carcinoma mammario da parte di *team* multidisciplinari e specializzati, organizzando allo stesso tempo reti di centri di senologia certificati all'interno degli Stati membri.

In questi centri, in cui sono presenti *équipe* multidisciplinari, ci sono maggiori possibilità di guarire: le donne trattate hanno infatti una percentuale di sopravvivenza ben più elevata, e anche una migliore qualità di vita, rispetto a chi si rivolge a strutture non specializzate.

Qui i diversi specialisti possono infatti scambiarsi le informazioni necessarie, discutere ogni singolo caso e le sue specificità, in modo da definire il piano terapeutico più appropriato, aumentare le probabilità di successo dei trattamenti e ridurre quanto più possibile gli effetti collaterali dei farmaci. Inoltre si realizzano anche dei risparmi di spesa, in quanto si evita il ricorso ad esami superflui o non necessari, oppure ripetuti tante volte. Possono anche ridursi, in questo modo, i viaggi che molte pazienti sono spesso costrette a fare per prendere contatto con i diversi specialisti, i quali implicano ovviamente uno spreco di risorse economiche e tempo spese volte non indifferente. Inoltre, alle singole opinioni di un medico si sostituisce una decisione collegiale che nasce dal confronto e dall'analisi di più professionisti, che segue i protocolli e le linee guida più aggiornati e che considera il punto di vista della paziente. È infatti previsto che ogni opzione terapeutica sia esaminata e spiegata alle donne, che devono essere messe al centro della cura e delle decisioni ad essa connesse.

Nel nostro Paese, tuttavia, va evidenziata una certa disomogeneità nella diffusione dei centri e delle cure cui possono accedere le donne all'interno delle varie Regioni, contribuendo ancora una volta alla diffusione a macchia di leopardo dell'accesso alla cura e non ottemperando così a quanto previsto dalla nostra Costituzione all'articolo 32, così come tante volte - troppe purtroppo - abbiamo evidenziato.

In conclusione, sottolineo l'importanza dell'incentivazione delle *breast unit* e dei centri specialistici e dell'incremento del numero delle informazioni date alle donne sull'importanza degli *screening* e della prevenzione. Su questo credo sia particolarmente importante coinvolgere i medici di base, ma anche i pediatri. Occorre informare, ad esempio, le giovani madri che allattando al seno possono avere una riduzione del rischio di malattia, perché

è noto che più a lungo e più volte si allatta e più si riduce il rischio di ammalarsi di questa malattia. Si crea quindi già un percorso culturale per cui la donna, quando sarà chiamata a fare lo *screening*, già conoscerà il problema e già saprà a cosa va incontro, a parte il fatto che allattandolo al seno, si aiuta il bambino a crescere meglio.

Lo *screening*, la prevenzione e il un continuo monitoraggio sono quindi, a mio parere, i punti chiave su cui fondare le future politiche sanitarie per contrastare in modo sempre più appropriato la diffusione del tumore alla mammella, come previsto peraltro dalla nostra mozione. (*Applausi dal Gruppo PD*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, al quale chiedo di esprimere il parere sulle mozioni presentate.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signora Presidente, signori senatori, ringrazio coloro che hanno presentato mozioni su un tema importante come il cancro della mammella, che è il primo tumore per frequenza, rappresentando il 30 per cento di tutte le nuove diagnosi tumorali. In Italia, si stima che nel 2016 siano stati diagnosticati circa 50.200 nuovi casi di carcinoma della mammella.

Oltre ad essere il primo tumore per frequenza, il cancro della mammella è anche la principale causa di mortalità oncologica nella donna, con il 17 per cento totale, ed in tutte le fasce di età (zero-quarantanove anni, cinquanta-sessantanove anni, oltre settant'anni), e con 11.939 decessi per questa causa nel 2013. Tra le donne italiane, il tumore più frequentemente diagnosticato anche in passato è il carcinoma della mammella, con 692.955 donne prevalenti nel 2015, seguito dal tumore del colon retto (201.617 prevalenti), della tiroide (124.850) e quello del corpo dell'utero.

Per valutare la sopravvivenza relativa a cinque anni dalla diagnosi, standardizzata per età, nelle donne affette da tumore, si può confrontare il dato italiano (85,5 per cento) con la media europea che è dell'81,8 per cento. Se definiamo guarite le persone con una pregressa diagnosi di tumore che hanno un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non affette da tumore, esse erano nel 2010 704.648, pari al 27 per cento di tutti i prevalenti e all'1,2 per cento degli italiani.

Quanto ai fattori di rischio principali di questa neoplasia, occorre segnalare che sussiste un insieme complesso di fattori. Anzitutto, il rischio di carcinoma della mammella si accresce con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno: del 2,4 per cento fino a quarantanove anni; del 5,5 per cento tra cinquanta e sessantanove anni; del 4,7 per cento fra settanta e ottantaquattro anni. Altri fattori di rischio possono essere collegati alla procreatività, alla nulliparità, all'utilizzo di terapia ormonale, allo stile di vita e al comportamento alimentare, mentre alcuni studi epidemiologici segnalano il possibile ruolo di taluni inquinanti ambientali. D'altro canto, sebbene la maggior parte dei carcinomi mammari siano forme sporadiche, il 5-7 per cento è determinato da mutazioni genetiche.

Le strategie per ridurre il carico di malattia si basano, in primo luogo, sull'offerta di interventi di provata efficacia e, in secondo luogo, sull'erogazione di servizi che assicurino qualità, equità e sostenibilità.

In Europa la valutazione di efficacia degli interventi di *screening* è stata finora effettuata da un gruppo di lavoro presso la IARC (International agency for research on cancer) dell'Organizzazione mondiale della sanità. La IARC, oltre all'indicazione di efficacia dello *screening* mammografico nelle donne di cinquanta-sessantanove anni, sulla base dell'analisi della letteratura scientifica, considera inadeguate le evidenze di riduzione della mortalità mediante visita clinica e autopalpazione.

Il Codice europeo contro il cancro, iniziativa della Commissione europea, raccomanda lo *screening* per il tumore al seno, che si esegue mediante una radiografia chiamata mammografia, volta a rilevare i segni del cancro al seno, che è in grado di rilevare anche i tumori troppo piccoli per essere percepiti al tatto. Più precoce è la scoperta di un cancro al seno, più efficace sarà il trattamento. Lo *screening* non previene lo sviluppo del cancro al seno, ma consente di rilevare la presenza di un tumore in fase iniziale, e ciò aumenta le probabilità di successo del trattamento. Attualmente la mammografia è l'unico metodo di *screening* che ha dimostrato di contribuire a prevenire le morti per cancro al seno. La prevenzione rimane la strategia a lungo termine più efficace per ridurre la crescente incidenza dei tumori.

Pilastri fondamentali della prevenzione dei tumori sono i programmi di *screening* oncologico per tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto (sono oggetto di programmi di *screening* solo questi tre tumori, perché solo per essi c'è evidenza che i programmi di popolazione siano efficaci e presentino un bilancio positivo tra benefici e danni).

A tale riguardo, come espresso nel Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro (di cui all'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014), le principali caratteristiche di un intervento di sanità pubblica consistono, in primo luogo, nell'essere basato su valutazioni di *efficacy* degli interventi, al fine di ridurre la mortalità e, se del caso, l'incidenza dei tumori nella popolazione di riferimento; in secondo luogo, nell'essere organizzato per profili di assistenza e, quindi, non soltanto delegato alla competenza, alla sensibilità e all'iniziativa tecnico-professionale; in terzo luogo, nell'essere mirato all'equità e, quindi, basato sul coinvolgimento attivo della popolazione destinataria; in quarto luogo, nell'essere dotato di un esplicito sistema informativo e di valutazione.

I programmi di *screening* di sanità pubblica prevedono un invito attivo periodico della popolazione destinataria (di età cinquanta-sessantanove anni) e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del *test* di *screening*. I risultati sono, in numeri assoluti, sempre più imponenti: nel corso del 2015, gli inviti effettuati sono stati 3.162.602 per lo *screening* mammografico nella fascia di età prioritaria tra i cinquanta e i sessantanove anni e 3.521.090 considerando il *target* allargato a quarantacinque-settantaquattro anni (1.961.832 persone hanno eseguito il *test* proposto a seguito dell'invito).

I livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono il programma di *screening* organizzato mediante mammografia, mentre prestazioni speciali-

stiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale sono previste nell'assistenza specialistica ambulatoriale. L'eventuale ampliamento dei programmi di *screening* (sia della fascia di età prevista sia delle prestazioni diagnostiche comprese), oltre che sul vaglio delle evidenze scientifiche, deve basarsi sulla sostenibilità che caratterizza l'inclusione nei LEA.

Quanto al programma d'azione, l'oncologia è considerata una priorità di programmazione nazionale, ed un'attenzione particolare è sempre stata dedicata al cancro del seno; pertanto, nell'ambito della cornice generale di programmazione nazionale in tema di oncologia, il Ministero della salute ha ritenuto opportuno istituire un gruppo di lavoro, insieme alle Regioni e alle Province autonome, per predisporre le linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, ratificato come intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2014. La questione era già stata sollevata, a livello di Parlamento europeo, nel 2003, con la risoluzione sul cancro al seno, che invitava «gli Stati membri e la Commissione a fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria» e «a sviluppare una rete capillare di centri di senologia», definendo percorsi dedicati per le pazienti affette da tumore alla mammella. Ulteriori indicazioni sono state fornite con la risoluzione sul cancro al seno del 2006, con la quale il Parlamento europeo ha invitato tutti gli Stati membri ad assicurare, entro il 2016, la costituzione di centri multidisciplinari di senologia su tutto il territorio nazionale.

Le evidenze scientifiche dimostrano che l'attivazione di percorsi dedicati offre significativi vantaggi, in termini di sopravvivenza e di complessiva qualificazione delle cure e della qualità della vita.

Il Ministero della salute, quindi, come ho già ricordato, ha predisposto la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato alla definizione di specifiche linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, con lo scopo di favorire la diagnosi e il processo di cura delle pazienti affette da tumore alla mammella. Questo documento rappresenta il punto di partenza cui i sistemi sanitari regionali dovranno fare riferimento, affinché siano rese disponibili, a livello territoriale, strutture idonee e organizzate, in grado di accogliere le pazienti e offrire loro un adeguato percorso di cura, in una logica di efficace programmazione e riorganizzazione per livelli di complessità delle strutture ad oggi già presenti e disponibili nel territorio nazionale.

Il documento del Ministero della salute ha come obiettivo primario una migliore organizzazione dei servizi, non solo nell'ottica di ottimizzare le risorse economiche e di utilizzare al meglio l'esperienza dei professionisti; esso si prefigge anche una migliore pianificazione, con l'obiettivo di fornire prestazioni sanitarie di qualità e nel modo più appropriato e uniforme per le pazienti in ambito territoriale. Tutto questo si riflette in una migliore qualità della vita delle stesse: l'obiettivo primario è rappresentato da una rete che sia in grado di intercettare completamente la domanda da parte delle pazienti, e che offra servizi e prestazioni di qualità. La presenza di una rete assicura, non solo il percorso strettamente oncologico, ma anche il coordinamento con i servizi territoriali, a partire dalla fase di *screening*, fino all'assistenza

domiciliare ed ai percorsi riabilitativi. È stato attivato un gruppo di coordinamento, tra l'altro, che ha elaborato una scheda - già inviata alle Regioni - finalizzata alla valutazione dello stato di implementazione. Le Regioni, infatti, sono chiamate ad inviare una risposta alla *checklist* che questo Ministero ha trasmesso agli assessorati regionali alla salute. Le risposte saranno oggetto di valutazione finalizzata alla descrizione dello stato dell'arte relativamente alla rete di senologia: tale rete è parte della rete oncologica e deve rispondere a criteri organizzativi su livelli di complessità.

Quanto alle considerazioni sulle mozioni, sulla mozione n. 684, a firma del senatore Gaetti e di altri senatori, in merito al primo impegno, in ordine ai centri di senologia, si ribadisce che l'attività di monitoraggio rientra nei compiti del tavolo di coordinamento per l'implementazione della rete delle strutture di senologia e che la pubblicazione dei risultati del monitoraggio è coerente con le funzioni di trasparenza. Quanto alla concreta praticabilità di un meccanismo di premiazione per le Regioni virtuose, essa dovrà essere valutata alla luce degli assetti istituzionali e della normativa sulla allocazione dei finanziamenti.

Circa il secondo impegno, in ordine alla qualità ed efficienza dei centri di senologia, si conferma che la garanzia alle cure in centri certificati e qualificati è fondata sui criteri e sullo stesso meccanismo della procedura di istituzione e sviluppo dei centri di senologia, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014, cui facevo riferimento. In particolare, la valutazione dell'attività dei direttori generali preposti a tali centri appartiene alle competenze delle Regioni. Per quel che concerne la promozione di campagne di informazione, di cui al terzo impegno, si segnala che già nel 2011 il Ministero della salute ha realizzato una campagna dedicata in modo specifico alla patologia del tumore al seno, con l'obiettivo prioritario di sensibilizzare tutte le donne alla problematica e di favorire una maggiore attenzione sui vari aspetti della prevenzione. Di recente la questione è stata affrontata nell'ambito della Giornata nazionale della salute della donna, tenutasi il 22 aprile 2016. Nell'ambito di questo evento le donne hanno potuto usufruire di visite ed esami gratuiti rivolti anche alla prevenzione delle patologie oncologiche, realizzate con la collaborazione di società scientifiche, come anche nel corso della annuale manifestazione «Tennis and friends», tenutasi a Roma in data 8 e 9 ottobre 2016, con il patrocinio del Ministero della salute, e rivolta a sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza della prevenzione sanitaria. In particolare, sono state effettuate gratuitamente oltre 6.000 visite e 1.300 consulti medici, tra cui 70 mammografie e 100 ecografie mammarie. Inoltre, presso lo *stand* allestito dal Ministero della salute sono state distribuite più di 2.500 copie di opuscoli e di pieghevoli informativi.

Per quanto riguarda il quarto impegno, si precisa che già nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2013, veniva previsto fra gli obiettivi delle Regioni quello di "re-ingegnerizzare" la prevenzione spontanea, ovvero di reindirizzare negli ambiti dei programmi di *screening* organizzato le domande di mammografie per la prevenzione a vantaggio delle donne in età *target*. Detta strategia appare coerente con gli studi scientifici oggi disponibili.

Per quanto riguarda la mozione della senatrice Rizzotti, in merito all'impegno formulato, si ricorda che il recente aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria introduce, per la prima volta, il test genetico sui geni BRCA-1 e BRCA-2, rivolto ad accertare la presenza di mutazioni che accrescono il rischio di carcinoma mammario ed ovarico ereditario. Tuttavia, allo stato attuale, la presenza delle mutazioni non rientra tra le condizioni che garantiscono l'esenzione dal *ticket* per le prestazioni utili al monitoraggio periodico delle condizioni della donna ai fini di una diagnostica precoce del carcinoma. In effetti, per l'inserimento ovvero, in alternativa, per la predisposizione e l'esecuzione di programmi organizzati di diagnosi precoce, i quali vengono effettuati in esenzione dal *ticket* ai sensi del decreto legislativo n. 124 del 1998, appare necessaria l'acquisizione di dati sulla diffusione della mutazione nella popolazione; l'acquisizione di dati sulla tipologia e frequenza degli esami da eseguire annualmente e, di conseguenza, sull'entità del *ticket* associato alla loro effettuazione; la stima del costo complessivo annuo dell'esenzione. Peraltro, si consideri che per l'aggiornamento continuo dei livelli essenziali di assistenza si è recentemente insediata una commissione nazionale che vede la partecipazione di esperti e di rappresentanti dei principali enti ed organismi nazionali con competenze tecnico-scientifiche in ambito sanitario.

Per quanto riguarda poi la posizione del Governo in ordine ai singoli impegni delle mozioni, relativamente alla mozione n. 600 della senatrice Rizzotti ed altri, esprimo parere favorevole a condizione che il primo impegno del dispositivo sia preceduto dalla formula: «a valutare l'utilità e la possibilità di».

Per quanto riguarda la mozione n. 638 del senatore D'Ambrosio Lettieri ed altri, si esprime parere favorevole a condizione che il secondo impegno del dispositivo sia preceduto dalla formula: «a valutare la possibilità di» e, in fine, siano aggiunte le parole: «sulla base delle evidenze scientifiche disponibili», e che il quarto impegno sia preceduto dalla formula: «a valutare la possibilità di».

Per quanto riguarda la mozione n. 684 del senatore Gaetti ed altri, si esprime parere favorevole a condizione che i primi due impegni del dispositivo siano preceduti dalla formula: «a valutare la possibilità di».

Relativamente alla mozione n. 713 della senatrice Dirindin ed altri, si esprime parere favorevole a condizione che il terzo impegno del dispositivo sia preceduto dalla formula: «a valutare la possibilità di».

Infine, per quanto riguarda la mozione n. 719 del senatore Mazzoni ed altri, esprimo parere favorevole a condizione che il quinto e il settimo impegno del dispositivo siano preceduti dalla formula: «a valutare la possibilità di».

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla votazione delle mozioni.

D'AMBROSIO LETTIERI (CoR). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Senatore D'Ambrosio Lettieri, mi sembrava di aver inteso che avesse rinunciato al suo intervento in fase di dichiarazione di voto.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). No, signora Presidente, il mio Gruppo ha rinunciato all'intervento in discussione generale. Comunque la mia dichiarazione di voto sarà molto breve.

PRESIDENTE. Non ci risultava il suo intervento in discussione generale.

Ha facoltà di intervenire in sede di dichiarazione di voto, senatore D'Ambrosio Lettieri.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). Signora Presidente, accolgo le richieste del Governo e confermo l'adesione a quanto evidenziato anche dal Sottosegretario. Annuncio pertanto il voto favorevole da parte del Gruppo dei Conservatori e Riformisti - Direzione Italia a tutte le mozioni presentate. (*Applausi dal Gruppo CoR e della senatrice Anitori*).

COMAROLI (*LN-Aut*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

COMAROLI (*LN-Aut*). Signora Presidente, oggi abbiamo sentito tanti dati relativi ad una questione - mi permetta di utilizzare questo termine - drammatica. Io penso che tutti, in quest'Aula, abbiano avuto modo di incontrare questa brutta malattia o personalmente - e in questo caso si tratta di persone fortunate ad essere qui oggi - oppure per familiari o amici cari; comunque tutti siamo stati toccati.

Mi considero fortunata, Presidente, ad abitare in una Regione - la Lombardia - all'avanguardia nelle cure. In modo particolare, mi ritengo fortunata ad abitare nella Provincia di Cremona, dove c'è una *breast unit* molto rinomata proprio per la terapia del tumore al seno. Però, è inaccettabile che non sia così in tutte le parti d'Italia. È inaccettabile che le persone che hanno bisogno di questa terapia si debbano spostare, facendo notevoli chilometri, per essere curati. Dispiace che, con riferimento, all'invito al Governo, presente in diverse mozioni, a impegnarsi per creare centri di senologia, il Sottosegretario abbia proposto di utilizzare la formula: «a valutare l'opportunità di». Ma stiamo scherzando? Stiamo parlando della morte di persone. Capisco che la questione dei costi vada sempre tenuta in considerazione, anche in tema di salute, però dispiace vedere che nella scorsa legge di stabilità, approvata nel mese di dicembre scorso, sono stati stanziati 290 milioni per il cosiddetto *bonus* maggiorenni, mentre oggi viene bocciata la proposta di stanziare 10 milioni di euro per i farmaci innovativi per la cura del tumore. Dispiace vedere queste cose e a che cosa si dà importanza.

Oggi abbiamo sentito numeri drammatici: è vero che ci si cura sempre di più, ma è anche vero che sono sempre di più i casi in cui il tumore si

manifesta. Occorre allora procedere ad una seria analisi dei vari casi e cercare di prevenire. I centri di senologia aiutano veramente, in concreto, a prevenire e ad evitare che si arrivi alla perdita di ogni speranza. Dispiace constatare il dato dell'aumento del 30 per cento di tale patologia nelle giovani donne, che molte volte non pensano proprio all'eventualità di ammalarsi. Credo che molti di noi pensino che certe cose accadano solo agli altri, ma non è così. Purtroppo ho perso una cara amica a causa di un tumore al seno e sto male al pensiero che non si sia potuto fare nulla.

Quindi, ben venga tutta la campagna di informazione e di stimolazione delle giovani generazioni in tema di prevenzione. A parere di qualcuno la prevenzione è costosa, ma secondo me non lo è e - anzi - fa addirittura risparmiare, perché prevenire è molto meno costoso dell'affrontare successivamente il decorso della malattia.

Il mio Gruppo voterà pertanto a favore di tutte le mozioni presentate, ma chiedendo, con il cuore, un maggior impegno del Governo su un tema così importante. (*Applausi del senatore Consiglio*).

MAZZONI (*ALA-SCCLP*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAZZONI (*ALA-SCCLP*). Signora Presidente, accolgo la proposta di riformulazione della mozione a mia prima firma avanzata dal sottosegretario Faraone e annuncio il voto favorevole del mio Gruppo a tutte le altre mozioni presentate.

Il senso delle mozioni è essenzialmente quello di garantire in modo omogeneo in tutto il Paese terapie e prestazioni approfondite e appropriate per i tumori al seno. È necessario dare sempre più concretezza a quanto contenuto nel Patto per la salute, ponendoci l'obiettivo di impostare con un approccio integrato e multidisciplinare la strategia del controllo dei tumori, che deve tenere conto - insieme - della prevenzione, delle terapie e della riabilitazione.

I punti chiave che mi preme sottolineare sono due: potenziare i programmi di *screening* in tutte le Regioni italiane, prendendo atto che le aree del Sud hanno minori tassi di adesione ai programmi, ma anche una minore efficienza degli stessi perché il numero di donne che riceve l'invito per l'esame è ancora molto basso. Per risolvere questo problema si possono prevedere due interventi: uno volto direttamente alle donne, perché prendano coscienza del rischio di sviluppare il tumore al seno e quindi abbiano una migliore adesione allo *screening*; l'altro consiste nel monitorare con attenzione i dati regionali per permettere di migliorare l'efficienza dei programmi. Gli interventi volti a sensibilizzare le donne dovrebbero partire a più livelli, dalle scuole con programmi mirati per le ragazze, al coinvolgimento dei medici di famiglia, a efficaci campagne mediatiche.

Il secondo punto fondamentale riguarda l'attivazione delle *breast unit*, i centri di senologia multidisciplinari, su tutto il territorio nazionale. Questo è un punto chiave per la gestione delle pazienti già diagnosticate. Il

percorso multidisciplinare è, infatti, fondamentale per la buona riuscita delle cure. Nel 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato una normativa che prevede, dalla fine del 2016, la presenza in tutte le Regioni italiane di specifiche strutture multidisciplinari dedicate alla cura del tumore al seno. Ad oggi i centri di senologia multidisciplinari già attivi sono oltre 120 e l'Italia è ai primi posti in Europa per la diffusione di queste strutture. È stato dimostrato che la cura del tumore al seno in centri di senologia multidisciplinari aumenta la percentuale di sopravvivenza delle pazienti del 18 per cento, senza peraltro considerare i benefici psicologici derivati da una migliore qualità di vita delle pazienti e da un utilizzo più razionale ed efficace delle risorse.

Tra i centri di eccellenza esistenti in Italia, mi preme ricordare il Dipartimento di oncologia del «Santo Stefano» di Prato, che con il contributo della Fondazione Pitigliani ha creato la prima unità di bioinformatica grazie alla quale si possono analizzare i dati di elementi biologici per ottenere conclusioni che saranno essenziali per il corretto trattamento delle pazienti.

Un ultimo suggerimento, che giunge da chi opera in prima linea sul fronte dei tumori al seno, è l'istituzione di finanziamenti *ad hoc*, gestiti con bandi specifici che prevedano la valutazione dei progetti da parte di revisori di chiara fama nel settore a livello internazionale. Questi finanziamenti dovrebbero essere pluriennali, cospicui, banditi annualmente con un impegno per diversi anni e dovrebbero avere come oggetto lo sviluppo di nuove strategie diagnostico-terapeutiche per le pazienti con tumore al seno. A questo andrebbe aggiunta la creazione di strutture dedicate ai tumori femminili, con particolare attenzione al tumore al seno, che funzionino da *cancer center*, per portare avanti programmi di ricerca e cura. Queste strutture - ne servirebbero una al Nord, una al Centro e una al Sud - dovrebbero permettere di ottimizzare i percorsi di cura e di ricerca, risolvendo l'attuale frammentazione che provoca dispendio di risorse e poca produttività, nonché troppi viaggi della speranza.

PETRAGLIA (*Misto-SI-SEL*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PETRAGLIA (*Misto-SI-SEL*). Signora Presidente, la discussione di oggi era stata rinviata per molti mesi perché, quando le mozioni furono poste all'ordine del giorno, fu chiesto di posticiparne la discussione in quanto la ministra Lorenzin era impossibilitata a partecipare. Senza nulla togliere al sottosegretario Faraone, che ringraziamo per la presenza, oggi quindi ci saremmo aspettati di discutere insieme con la ministra Lorenzin.

Quello della diagnosi precoce dei tumori al seno è un tema delicato e importante e tutti gli interventi, sia nell'illustrazione che nella discussione, hanno sottolineato la necessità di effettuare diagnosi precoci, perché prima si scopre il cancro e più aumentano le possibilità di cura. Gli studi scientifici ci dicono, purtroppo, che il cancro non si previene proprio perché si conoscono poco le cause, come ben spiegano le parti generali di alcune mozioni.

Sicuramente vanno bene le campagne di prevenzione per informare e rendere consapevoli, ma facciamo attenzione a credere che basti anticipare il periodo degli *screening*, magari a partire dai venticinque anni, per risolvere il problema delle diagnosi precoci. Anche perché dovremmo evitare di trasmettere la sensazione, come diceva una vecchia commedia francese, che la salute sia solo un intervallo tra diverse malattie: sarebbe un messaggio sbagliato che rischiamo di lanciare, soprattutto per i giovani.

Sappiamo quanto sia importante l'educazione sanitaria: è fondamentale e sacrosanta all'interno delle scuole, perché aiuta i ragazzi a controllare e gestire il proprio corpo correttamente. Ma questo è altro rispetto alle campagne di cui oggi abbiamo parlato, anche perché l'educazione sanitaria nelle scuole dovrebbe essere rivolta a tutti, maschi e femmine, non soltanto alle ragazze, riguardando la gestione e il rispetto del proprio corpo.

Altra cosa è una riduzione dell'età per gli *screening* quando siamo dinanzi a casi con familiarità o soggetti sottoposti in giovane età a trattamenti con radiazioni; in quei casi è già previsto che la diagnostica sia precoce e debba essere anticipata di molti anni, ma stiamo parlando di casi specifici.

Ho sottolineato questa parte nel mio intervento perché alcune mozioni battono su questo punto e il parere favorevole del Governo induce a pensare che bisogna fare attenzione alla giusta prevenzione, ma anche a sottoporre, in questo caso le donne, all'appropriata diagnostica, che sia cioè necessaria e utile, perché - come è stato detto in vari interventi - l'evidenza scientifica ci dice, purtroppo, che non sempre anticipando gli *screening* tutto si previene.

Una considerazione che oggi ho ascoltato poco è che c'è un tema serio di cui il Governo e il Ministro della salute devono farsi carico, ossia che 11 milioni di cittadini italiani rinunciano alle cure perché non hanno le risorse: figuriamoci se possono fare la prevenzione! Per evitare tutto questo sono necessarie risorse e bisogna invertire l'orientamento e la scelta, adottata anche nell'ultima legge di bilancio, di continuare a effettuare tagli alla sanità.

È importante coinvolgere l'intero sistema della sanità pubblica, a partire dai medici di base, com'è stato detto, per garantire la prevenzione, gli *screening* e la diagnosi precoce, e soprattutto intervenire per ridurre le disuguaglianze tra le Regioni, perché oggi il tema è far sì che in tutte le Regioni siano garantiti gli stessi interventi di prevenzione e *screening*, con l'obiettivo principale di ridurre le liste di attesa. Investire risorse vuol dire dare la possibilità a tutti di accedere alla sanità pubblica e non costringerli a ricorrere alla sanità privata.

Sarebbe un tema vastissimo di cui parlare, ma il tempo è tiranno. Ringrazio i presentatori delle mozioni per aver portato un tema così importante all'interno dell'Aula del Senato.

Spero che la prossima volta si possa discutere anche di cosa accade a chi purtroppo si ammala di tumore, nel momento in cui c'è la presa in carico da parte del sistema pubblico, perché anche in questo campo i problemi sono tanti e gravi ed è necessario intervenire. (*Applausi della senatrice De Petris*).

AIELLO (*AP (Ncd-CpI)*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

AIELLO (*AP (Ncd-CpI)*). Signora Presidente, accettiamo la riformulazione proposta e annunciamo un voto favorevole su tutte le mozioni, anche se, con molto onestà, avremmo preferito che si potesse arrivare a un'omogeneizzazione dei testi per evitare di lasciare in piedi le singole mozioni. Così non è stato e quindi daremo voto favorevole su tutte.

Ci sia consentito comunque di fare alcune brevissime considerazioni in merito a un argomento così importante, che assume aspetti fondamentali dal punto di vista psicologico, sociale, familiare e personale.

Negli interventi precedenti e soprattutto nella relazione del Sottosegretario emerge una parola importante in relazione a simili patologie: il fattore «sopravvivenza».

Noi rifiutiamo il fatto che su condizioni patologiche così particolari si continui a parametrare il tutto con aspetti economico-finanziari; è una cosa che non ci appartiene e che rifiutiamo: siamo platealmente contrari a queste considerazioni, anche se apprezziamo lo sforzo del Governo. Su patologie così cruente ed importanti dovremmo impegnarci tutti, soprattutto il Governo, a fare induzioni forti, risolutive se necessario, nei confronti di chi ha le responsabilità organizzative, ossia le Regioni, perché si arrivi finalmente a parlare di prevenzione e non solo di diagnosi e cura. In tal modo verrebbe meno il problema della sopravvivenza e avremmo la possibilità di porre maggiore attenzione su problemi come la prevenzione.

Nelle mozioni si parla soprattutto di diminuzione della soglia di età, di mutazioni geniche: tutti aspetti importanti. Ma vogliamo finalmente parlare di organizzazione dei dipartimenti di prevenzione? Vogliamo finalmente parlare di educazione sanitaria? Perché continuiamo a dire che i fattori ambientali sono importanti, il fumo è importante, l'allattamento al seno è importante; sì, tutto è importante, ma cosa facciamo per evitare problemi derivanti da induzioni ambientali (come l'acqua o l'aria che respiriamo) o come educiamo i bambini ad avere nozioni importanti sull'allattamento materno? Cosa facciamo per organizzare i servizi per l'educazione sanitaria e l'educazione scolastica per dare più conoscenze già a livello di scuole elementari e scuole medie? Questo è il vero nodo della questione!

Cosa facciamo perché effettivamente i reparti ospedalieri siano meglio organizzati dal punto di vista delle unità operative di senologia in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale?

Cosa facciamo perché la specialistica ambulatoriale funzioni veramente e dia la possibilità a tutto il territorio di garantire prestazioni non solo di vera e propria chirurgia, ma di prevenzione chirurgica e di prevenzione senologica? Non è necessario fare a tutti l'ago aspirato; è vero, siamo d'accordo, non è necessario, ma occorre dare la possibilità a tutti di richiedere gratuitamente una prima visita - mi riferisco soprattutto alle visite senologi-

che e all'ecografia - in modo tale che si riesca ad attivare una grande azione di prevenzione.

Solo così, forse, riusciremo a dare risposte concrete e ad attenuare il problema della sopravvivenza. Altrimenti ci vedremo fra un anno qui in Aula a parlare di nuovo di prevenzione dei tumori e ci verrà raccontato lo stato dell'arte, ma i territori e soprattutto le donne non avranno avuto una vera possibilità di avere risposte concrete nel merito. *(Applausi dal Gruppo AP (Ncd-CpI)).*

Saluto ad una rappresentanza di studenti

PRESIDENTE. Diamo il benvenuto agli allievi e ai docenti dell'Istituto tecnico agrario «Giuseppe Garibaldi» di Macerata, che sono oggi in visita oggi al Senato e assistono ai nostri lavori. *(Applausi).*

Ripresa della discussione delle mozioni nn. 600, 638, 684, 713 e 719 (ore 12,34)

GAETTI (M5S). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GAETTI (M5S). Signora Presidente, accettiamo la riformulazione proposta e voteremo favorevolmente a tutte le mozioni. Auspichiamo davvero che la formula «a valutare l'opportunità di» utilizzata in molti punti, sia sincera e che vengano presi in considerazione i punti che abbiamo chiarito. Abbiamo discusso e abbiamo capito che sono punti davvero importanti sui quali, secondo me, si può davvero intervenire anche senza spendere grandi cifre, ma solamente con l'organizzazione. Si auspica che rimettendo questi punti alla valutazione dei direttori generali e quant'altro, questi si mettano in moto e possano davvero cambiare le cose. Con questo augurio, noi voteremo favorevolmente tutte le mozioni.

RIZZOTTI (FI-PdL XVII). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RIZZOTTI (FI-PdL XVII). Signora Presidente, onestamente, più che una relazione sullo stato dell'arte, che molti di noi conoscono, avremmo gradito da parte del Governo un impegno concreto rispetto alle nostre mozioni. Anche nei confronti della monitorizzazione delle *breast unit* secondo quelle che erano le indicazioni della Commissione europea, al di là del solito tavolo di lavoro e confronto al Ministero, che forse si riunirà una volta ogni sei mesi e i cui risultati avremo forse tra due anni, perché non ci è stata data alcuna delucidazione precisa in merito, sono abbastanza delusa.

Accetto la riformulazione proposta e voteremo a favore di tutte le mozioni, che vanno nella medesima direzione, ovvero quella di garantire veramente l'applicazione dell'articolo 32 della Costituzione in modo uniforme in tutte le Regioni.

Sappiamo bene che la salute non dovrebbe avere colore politico e devo dire che nella nostra Commissione sanità i problemi non si vivono mai dalla parte politica, anche grazie alla conduzione della presidente De Biasi.

Certamente, esiste un problema economico, però, rispetto agli sprechi e ai soldi a pioggia malamente distribuiti per scopi vari in questi ultimi tre anni, sono sicura che il Governo Gentiloni e il ministro Lorenzin, in particolare, potrebbero rapidamente - come è stato fatto in altri casi non certo così importanti e con scopi non così alti - reperire i fondi per garantire a tutti un'esenzione dal *ticket*, com'è stato chiesto.

Sono anche abbastanza delusa dal fatto che il ministro della salute Lorenzin, così attenta, a livello mediatico, alla salute delle donne, non abbia trovato il tempo proprio questa mattina di venire in Aula per la discussione di mozioni, che non riguardano solo la salute ma la salvezza della vita per migliaia di persone. (*Applausi dal Gruppo FI-PdL XVII. Congratulazioni*).

DE BIASI (PD). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE BIASI (PD). Signora Presidente, la materia è chiaramente immensa; noi ci siamo limitati, con queste mozioni, a evidenziare il tema dello *screening* principalmente, e quindi di una delle strategie di prevenzione più efficaci. Peraltro, credo anch'io che rispetto allo *screening* come strategia di prevenzione, forse bisognerebbe essere più precisi anche all'interno dei livelli essenziali di assistenza, sperando naturalmente che questi vengano prima o poi pubblicati. Credo che tutti abbiamo l'urgenza di sapere a che punto siamo e come saranno condotti i nuovi livelli essenziali di assistenza.

Il tema, tuttavia, riguarda molto di più: gli aspetti clinici, quelli diagnostico-terapeutici ma anche quelli psicologici e assistenziali, che, data la struttura delle mozioni, sono rimasti un po' in secondo piano, ma che tengo a rimarcare, perché il tumore al seno porta con sé peculiarità proprie di tutti i tumori che riguardano l'apparato riproduttivo. Mi riferisco ai problemi relativi alla femminilità, alla sessualità, alla fertilità. Come elemento di comorbidità abbiamo disturbi emotivo-affettivi. Insomma, è una sfera, come è stato detto, molto complessa, dove gli elementi di evidenza scientifica sono drammaticamente associati a quelli psicologici, che vanno assolutamente ricondotti in un piano unitario sulla salute della donna. Su questo continuo a insistere perché il tumore al seno è parte di quel percorso.

Prevenzione significa partire dall'alimentazione e dai fattori di rischio, primo tra tutti il fumo per il cancro alla mammella, ma significa anche accessibilità: alla prevenzione, alle cure e a un'assistenza territoriale degna di questo nome. Ricordo, ad esempio, le strategie di cure palliative, in particolare nella terapia del dolore, che riguardano non solo la terminalità,

ma in generale le persone che hanno una cronicità e il tumore alla mammella, come sappiamo è sempre... (*Brusio*).

PRESIDENTE. Collegli, lasciate finire l'intervento alla senatrice De Biasi, abbassando la voce e terminando i capannelli. Senatrice, mi spiace.

DE BIASI (*PD*). Signora Presidente, non si preoccupi: ho l'otite, non ci sento da un orecchio e, quindi, non li sento.

Ho parlato di un'assistenza territoriale degna di questo nome, perché c'è un tema che riguarda la solitudine delle donne quando si trovano in una condizione di salute così drammatica, rappresentata dal tumore alla mammella.

Molte cose sono state fatte, molti passi avanti sono stati fatti. Mi permetto di aggiungere l'accessibilità ai farmaci oncologici, la continuità terapeutica ed assistenziale sul territorio e il contributo delle associazioni e su quest'ultimo punto voglio terminare. C'è un tema importante: le donne, negli anni, sono diventate paziente competente, paziente esperto; sono in grado di essere e devono quindi essere maggiormente coinvolte nel percorso di definizione di un piano organico. Vi sono esperienze importanti con gli ospedali, come i bollini rosa, e vi sono tante associazioni che da vicino si occupano di questo tema, partendo dall'esperienza soggettiva delle donne, che non è di secondo piano.

È chiaro però, mi rivolgo al Sottosegretario e al Governo, che sostengo, che noi abbiamo bisogno di incentivare ulteriormente il lavoro affinché tutto quello che è stato fatto fino ad ora e quello che si potrà fare abbia un'omogeneità sul territorio nazionale. Non è infatti più tollerabile che vivere o sopravvivere ad un tumore, ad un cancro alla mammella, dipenda dal luogo in cui si vive. Non è accettabile. Le opportunità devono essere uguali per i cittadini italiani, devono essere uguali per le donne. Le stesse donne che lottano ogni giorno per guarire, per riuscire a superare questo grande ostacolo, non possono vedersi umiliate da scelte regionali così difformi. Su questo credo, caro Sottosegretario, che abbiamo bisogno di lavorare ancora molto.

Gli *screening* sono importanti, ma - permettetemi di dirlo - non sono l'unica strada: c'è per fortuna un'innovazione tecnologica, c'è per fortuna un'innovazione nel campo della farmaceutica e, soprattutto, deve esserci l'idea secondo cui lo *screening* non è uno strumento e una finalità, ma è il passaggio ad una strategia di prevenzione. Quante donne, anche giovani, avremmo potuto curare per tempo se gli ospedali nelle diverse Regioni avessero fatto quello che le Regioni devono fare, cioè informare i cittadini, le donne e decidere, con loro e per loro, percorsi diagnostici e di prevenzione a partire dagli *screening*. Questo purtroppo non viene fatto e lo sappiamo perfettamente. Quella cosa orribile che, con una bruttissima definizione, si chiama turismo sanitario, continua ad andare avanti. Non possiamo tollerare che le capacità professionali di tanti medici vengano umiliate nel non poter curare le donne perché ci sono scelte che decidono di andare in un'altra direzione e spendere i soldi della sanità per la prevenzione e per la cura di altro, se non addirittura con gravi problemi di legalità.

Credo allora, Sottosegretario, che noi su questo dobbiamo fare uno sforzo: dare pari opportunità alle donne nel campo della salute. Partire dal tumore al seno e dagli *screening* è un primo passo; mi auguro, visto che le donne non sono solo il loro seno, che si possa finalmente arrivare ad un progetto unico e unitario sulla salute delle donne, perché noi siamo tutto, non siamo solo una parte di noi stesse.

Accetto, signora Presidente, la riformulazione della mozione n. 713. *(Applausi dai Gruppi PD, FI-PdL XVII e AP (Ncd-CpI))*.

PRESIDENTE. Prima di passare alla votazione, avverto che, in linea con una prassi consolidata, le mozioni saranno poste ai voti secondo l'ordine di presentazione.

Passiamo alla votazione della mozione n. 600 (testo 2).

SANTANGELO (M5S). Chiediamo che le votazioni vengano effettuate a scrutinio simultaneo mediante procedimento elettronico.

PRESIDENTE. Invito il senatore Segretario a verificare se la richiesta risulta appoggiata dal prescritto numero di senatori.

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 600 (testo 2), presentata dalla senatrice Rizzotti e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B)*.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 638 (testo 2), presentata dal senatore D'Ambrosio Lettieri e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B)*.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 684 (testo 2), presentata dal senatore Gaetti e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B)*.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 713 (testo 2), presentata dalla senatrice Dirindin e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B)*.

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 719 (testo 2), presentata dal senatore Mazzoni e da altri senatori.

(Segue la votazione).

Il Senato approva. *(v. Allegato B)*.

Interventi su argomenti non iscritti all'ordine del giorno

FASIOLO (*PD*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FASIOLO (*PD*). Signora Presidente, colleghi, intervengo per commemorare la scomparsa dell'avvocato senatore Nereo Battello, figura di spicco non solo in campo politico, ma anche forense e culturale, lavoratore instancabile, un grande innovatore, personalità dedita allo studio e all'impegno civile.

Militante nel Partito comunista italiano sin dal Dopoguerra, consigliere comunale nei caldi anni Cinquanta, poi consigliere regionale, ricoperse due legislature in Senato dal 1983 al 1992 (IX e X legislatura). In Senato, Battello fece parte di svariate Commissioni, tra cui la Giunta per il Regolamento, la 2ª Commissione permanente (giustizia), la Commissione per i procedimenti di accusa, la Commissione parlamentare d'inchiesta sul terrorismo in Italia e sulle cause della mancata individuazione dei responsabili delle stragi, la Commissione d'inchiesta sulla loggia massonica P2 e si occupò della revisione del codice di procedura penale, portando il suo qualificato contributo.

È ricordato per il suo importante apporto alla Commissione giustizia, per essere stato firmatario di un disegno di legge sulla tortura, che attende anche la nostra approvazione, per la presentazione di un disegno di legge per l'abolizione dei segreti di Stato, per i delitti di strage e terrorismo.

Fino all'ultimo, Nereo Battello ha partecipato alla vita politica e culturale della città di Gorizia. Fu autorevole guida del comitato promotore per il sì al *referendum* costituzionale, con il quale presentò diverse iniziative nel 2016 fino allo scorso mese di novembre.

Battello è stato personalità capace di attrarre vasti consensi, stima e ammirazione non solo nell'area afferente il partito in cui ha militato fin da giovanissimo, ma trasversalmente ad ogni appartenenza politica e sociale. Ciò che più conta e per cui verrà ricordato è che alla base di quei consensi ci furono valore personale, genuina passione politica, chiarezza, lungimiranza e onestà professionale. L'impegno civile e soprattutto il coraggio guidarono sempre la sua azione: in particolare, ricordo che acquistò notorietà nazionale, insieme ad altri avvocati coraggiosi, nel processo per la strage di Peteano, nel 1972, dove espresse magistralmente la sua capacità in arringhe indimenticabili, che condussero all'assoluzione di coloro che erano stati ingiustamente accusati della strage.

Nereo Battello ebbe anche il grande coraggio politico e morale di estendere, in qualità di dirigente della federazione provinciale del PCI, il famoso manifesto intitolato «I comunisti isontini e i fatti di Ungheria», in cui espresse aperta condanna - allora era veramente un atto molto importante - per l'intervento sovietico del 1956.

E ancora, va ricordato il lungo sodalizio con Franco Basaglia e con la sua *équipe*, che si trovò a difendere in tribunale in più circostanze. Fu una

vicinanza non solo professionale tra i due, ma politica e soprattutto profondamente umana.

Ricordiamo la sua grande passione per il cinema, dal cui mondo era molto apprezzato, e la sua amicizia con Ettore Scola e registi quali Franco Giraldi: amicizie rare, dovute alla grande stima di cui era circondato.

Infine, va ricordata la sua attività quale Presidente del prestigioso premio Sergio Amidei, da lui fondato, per il miglior giovane sceneggiatore italiano.

Il 6 dicembre, due giorni dopo l'ottantottesimo compleanno, venne a Roma per una causa in Cassazione. Solo la scorsa settimana, lunedì all'ora di pranzo, nell'Aula 6 del tribunale di Gorizia, era ancora a difendere alcuni giovani imputati, seduto in ultima fila, lui che era stato il primo degli avvocati. Nell'ultimo atto della sua straordinaria carriera forense, l'estrema sintesi della sua vita: dare voce e diritto a chi non ne ha.

Grazie al senatore Battello per il grande esempio di vita e di buona politica, un esempio modello, che lascia ai suoi cari, al territorio e al Paese. *(Applausi dal Gruppo PD)*.

PRESIDENTE. Grazie, senatrice Fasiolo. La Presidenza si associa, nel ricordo di questa personalità.

DI GIACOMO *(AP (Ncd-CpI))*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DI GIACOMO *(AP (Ncd-CpI))*. Signora Presidente, con il decreto di approvazione dell'atto aziendale firmato lo scorso 2 febbraio dal commissario *ad acta* del Molise Paolo Di Laura Frattura è stata chiusa l'unica *Stroke Unit* (Centro urgenza ictus) della Regione. Da domani, chi avrà la sfortuna di essere colpito da un accidente acuto cerebrovascolare o sarà smistato ad una struttura privata oppure verrà trasferito fuori Regione, con tutti i rischi che la cosa comporterà.

Continua così l'opera di smantellamento del sistema sanitario del Molise, dove i livelli essenziali di assistenza non sono più garantiti e la vita dei pazienti, oltre alla loro salute, viene messa quotidianamente in pericolo.

Non è infrequente trovarsi di fronte a pazienti che muoiono nei pronto soccorso degli ospedali sopravvissuti all'opera di distruzione portata avanti dalla struttura commissariale oppure a pazienti che muoiono in circostanze misteriose, legate a episodi di malasanità. Di fronte a questo disastro, se un operatore della sanità, medico o infermiere che sia, si permette di lamentarsi o di criticare le condizioni di lavoro nelle quali è costretto ad operare, viene immediatamente sanzionato con un provvedimento disciplinare, così come recentemente è accaduto ad un medico del pronto soccorso dell'ospedale di Isernia.

Ho presentato diverse interrogazioni e persino una mozione al Ministro della salute, chiedendo di intervenire e di inviare gli ispettori ministeriali, ma senza nessuna risposta.

Mi rivolgo quindi a quest'Assemblea e a lei, signora Presidente, affinché si prendano provvedimenti a garanzia della salute e della vita dei molisani.

Mozioni, interpellanze e interrogazioni, annunzio

PRESIDENTE. Le mozioni, interpellanze e interrogazioni pervenute alla Presidenza saranno pubblicate nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 16,30, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (*ore 12,54*).

Allegato A**MOZIONI****Mozioni sui tumori femminili**

(1-00600) (23 giugno 2016)

RIZZOTTI, AIELLO, GUALDANI, DALLA TOR, MANDELLI, SCILIPOTI ISGRÒ, SERAFINI, D'AMBROSIO LETTIERI, BIANCONI, FLO-RIS, BIANCO, DIRINDIN, DE BIASI. -

V. testo 2

Il Senato,

premessi che:

la mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 accresce rispettivamente il rischio di cancro al seno e alle ovaie;

il gene BRCA1 è stato scoperto all'università dello Utah nel 1990;

il gene BRCA2 è stato scoperto, sempre nel 1990, da Michael Stratton e Richard Wooster dell'Institute for cancer research britannico;

le donne portatrici di mutazioni in tali geni hanno un'elevata probabilità (circa il 60 per cento) di sviluppare un tumore mammario nell'arco della vita. Le mutazioni in tali geni conferiscono anche un rischio di carcinoma ovarico o tubarico stimato nell'ordine del 40 per cento per il gene BRCA1 e nell'ordine del 20 per cento per il BRCA2;

si stima che le forme mutate di questi geni siano presenti in circa 1-5 donne su 10.000; questa variabilità dipende da popolazioni con diversa prevalenza;

in presenza di mutazioni sono previste diverse strategie di profilassi e trattamento: la mastectomia preventiva; lo *screening* serrato, al fine di evitare l'intervento di mastectomia. Le donne con BRCA1 e 2 positivo devono sottoporsi a mammografia, ecografia e risonanza magnetica ogni anno a partire dai 30 anni e, a partire dai 40 anni, a una mammografia e una risonanza magnetica con cadenza annuale, inframmezzata da un'ecografia ogni 6 mesi; il blocco degli estrogeni attraverso l'uso di farmaci antiestrogenici che dimezzano il rischio individuale; l'asportazione delle ovaie, ottenendo un effetto simile a quello dei farmaci antiestrogenici inducendo però la menopausa. Questa strategia è indicata per donne in età più avanzata. Con tale intervento si dimezza il rischio di sviluppare un cancro alla mammella, azzerando quello di cancro all'ovaio; cambiamenti negli stili di vita: una donna ad alto rischio dovrebbe adeguare i propri stili di vita alle raccomandazioni, evitando l'alcol, mangiando in modo equilibrato, riducendo il proprio peso corporeo se in sovrappeso e facendo attività fisica tutti i giorni;

la strategia dello *screening* serrato risulta dunque molto utile al fine di dimezzare il rischio delle donne positive ai *test*;

questa strategia, però, risulta particolarmente costosa a causa dei *ticket* di compartecipazione alla spesa degli esami strumentali e delle tecniche di laboratorio;

le associazioni delle pazienti, fra le quali "Salute donna" *onlus*, hanno svolto negli ultimi anni campagne di sensibilizzazione delle istituzioni regionali per consentire un'esenzione dal *ticket* delle donne positive ai *test*;

questa campagna ha avuto un esito positivo in 2 diverse Regioni: in Emilia-Romagna, che, nella delibera n. 220 del 2011, ha delineato un complesso programma per la prevenzione e la sorveglianza del rischio ereditario del carcinoma mammario, adottando delle specifiche e progressive linee guida che portano all'individuazione delle donne a rischio e all'attuazione di specifiche strategie fra cui quella di esentare dal *ticket* le donne positive al *test* di mutazione genica BRCA1 e BRCA2; in Lombardia con la delibera di esenzione approvata il 4 agosto 2015;

questa delibera è stata adottata in base: al decreto legislativo n. 124 del 1998, che, all'articolo 1, comma 4, testualmente recita: "Al fine di favorire la partecipazione a programmi di prevenzione di provata efficacia, (...) sono escluse dal sistema di partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione: a) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva realizzati in attuazione del piano sanitario nazionale, dei piani sanitari regionali o comunque promossi o autorizzati con atti formali della regione";

alla deliberazione della Regione Lombardia n. 2989 del 23 dicembre 2014, recante "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2015 nell'Allegato B - Regole di sistema 2015 ambito sanitario", che al punto 4.2. prevede "Misure per il miglioramento dell'equità e delle prestazioni a favore dei cittadini". Tra tali misure rientrano "esenzione dalla compartecipazione per determinate categorie di pazienti". In particolare, il punto 4.2.5, "Pazienti oncologici", precisa: "inoltre verrà proposta l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti portatori di mutazioni genetiche che conferiscono un alto rischio di sviluppo di tumori e necessitano, pertanto, di una sorveglianza intensiva. In tal senso verranno definite le tipologie di prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse, così come le categorie di soggetti cui saranno riservate";

in concreto, le delibere delle due Regioni prendono atto del rischio di sviluppare un tumore al seno o all'ovaio da parte di donne portatrici di mutazioni genetiche e sottolineano l'opportunità di inserirle in programmi di sorveglianza specifici volti alla diagnosi precoce e prevenzione dell'insorgenza. Per tale ragione, le delibere sanciscono l'esclusione dalla comparteci-

pazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale correlate alla prevenzione dell'insorgenza del tumore della mammella o dell'ovaio;

tenuto conto che:

altre due Regioni, il Veneto e il Piemonte, stanno valutando attualmente di ricorrere alla medesima esenzione e ai medesimi strumenti di prevenzione;

permane, invece, una situazione di iniquità in tutte le altre Regioni italiane, dove questi strumenti preventivi risultano inattuabili a causa del numero degli esami da effettuare e agli alti costi di compartecipazione alle spese,

impegna il Governo ad impegnare e destinare le risorse economiche e ad adottare tutte le misure, anche attraverso accordi all'interno della Conferenza Stato-Regioni, al fine di assicurare l'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale per l'esenzione dal *ticket*, riservata già da alcune Regioni, alle portatrici di mutazioni patogenetiche dei geni BRCA1 e BRCA2, garantendo il rispetto del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

(1-00600) (testo 2) (14 febbraio 2017)

RIZZOTTI, AIELLO, GUALDANI, DALLA TOR, MANDELLI, SCILIPOTI ISGRÒ, SERAFINI, D'AMBROSIO LETTIERI, BIANCONI, FLO-
RIS, BIANCO, DIRINDIN, DE BIASI. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

la mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 accresce rispettivamente il rischio di cancro al seno e alle ovaie;

il gene BRCA1 è stato scoperto all'università dello Utah nel 1990;

il gene BRCA2 è stato scoperto, sempre nel 1990, da Michael Stratton e Richard Wooster dell'Institute for cancer research britannico;

le donne portatrici di mutazioni in tali geni hanno un'elevata probabilità (circa il 60 per cento) di sviluppare un tumore mammario nell'arco della vita. Le mutazioni in tali geni conferiscono anche un rischio di carcinoma ovarico o tubarico stimato nell'ordine del 40 per cento per il gene BRCA1 e nell'ordine del 20 per cento per il BRCA2;

si stima che le forme mutate di questi geni siano presenti in circa 1-5 donne su 10.000; questa variabilità dipende da popolazioni con diversa prevalenza;

in presenza di mutazioni sono previste diverse strategie di profilassi e trattamento: la mastectomia preventiva; lo *screening* serrato, al fine di evitare l'intervento di mastectomia. Le donne con BRCA1 e 2 positivo devono

sottoporsi a mammografia, ecografia e risonanza magnetica ogni anno a partire dai 30 anni e, a partire dai 40 anni, a una mammografia e una risonanza magnetica con cadenza annuale, inframmezzata da un'ecografia ogni 6 mesi; il blocco degli estrogeni attraverso l'uso di farmaci antiestrogenici che dimezzano il rischio individuale; l'asportazione delle ovaie, ottenendo un effetto simile a quello dei farmaci antiestrogenici inducendo però la menopausa. Questa strategia è indicata per donne in età più avanzata. Con tale intervento si dimezza il rischio di sviluppare un cancro alla mammella, azzerando quello di cancro all'ovaio; cambiamenti negli stili di vita: una donna ad alto rischio dovrebbe adeguare i propri stili di vita alle raccomandazioni, evitando l'alcol, mangiando in modo equilibrato, riducendo il proprio peso corporeo se in sovrappeso e facendo attività fisica tutti i giorni;

la strategia dello *screening* serrato risulta dunque molto utile al fine di dimezzare il rischio delle donne positive ai *test*;

questa strategia, però, risulta particolarmente costosa a causa dei *ticket* di compartecipazione alla spesa degli esami strumentali e delle tecniche di laboratorio;

le associazioni delle pazienti, fra le quali "Salute donna" *onlus*, hanno svolto negli ultimi anni campagne di sensibilizzazione delle istituzioni regionali per consentire un'esenzione dal *ticket* delle donne positive ai *test*;

questa campagna ha avuto un esito positivo in 2 diverse Regioni: in Emilia-Romagna, che, nella delibera n. 220 del 2011, ha delineato un complesso programma per la prevenzione e la sorveglianza del rischio ereditario del carcinoma mammario, adottando delle specifiche e progressive linee guida che portano all'individuazione delle donne a rischio e all'attuazione di specifiche strategie fra cui quella di esentare dal *ticket* le donne positive al *test* di mutazione genica BRCA1 e BRCA2; in Lombardia con la delibera di esenzione approvata il 4 agosto 2015;

questa delibera è stata adottata in base: al decreto legislativo n. 124 del 1998, che, all'articolo 1, comma 4, testualmente recita: "Al fine di favorire la partecipazione a programmi di prevenzione di provata efficacia, (...) sono escluse dal sistema di partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione: a) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva realizzati in attuazione del piano sanitario nazionale, dei piani sanitari regionali o comunque promossi o autorizzati con atti formali della regione";

alla deliberazione della Regione Lombardia n. 2989 del 23 dicembre 2014, recante "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2015 nell'Allegato B - Regole di sistema 2015 ambito sanitario", che al punto 4.2. prevede "Misure per il miglioramento dell'equità e delle prestazioni a favore dei cittadini". Tra tali misure rientrano "esenzione dalla compartecipazione per determinate categorie di pazienti". In particolare, il punto 4.2.5, "Pazienti oncologici", precisa: "inol-

tre verrà proposta l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti portatori di mutazioni genetiche che conferiscono un alto rischio di sviluppo di tumori e necessitano, pertanto, di una sorveglianza intensiva. In tal senso verranno definite le tipologie di prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse, così come le categorie di soggetti cui saranno riservate";

in concreto, le delibere delle due Regioni prendono atto del rischio di sviluppare un tumore al seno o all'ovaio da parte di donne portatrici di mutazioni genetiche e sottolineano l'opportunità di inserirle in programmi di sorveglianza specifici volti alla diagnosi precoce e prevenzione dell'insorgenza. Per tale ragione, le delibere sanciscono l'esclusione dalla compartecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale correlate alla prevenzione dell'insorgenza del tumore della mammella o dell'ovaio;

tenuto conto che:

altre due Regioni, il Veneto e il Piemonte, stanno valutando attualmente di ricorrere alla medesima esenzione e ai medesimi strumenti di prevenzione;

permane, invece, una situazione di iniquità in tutte le altre Regioni italiane, dove questi strumenti preventivi risultano inattuabili a causa del numero degli esami da effettuare e agli alti costi di compartecipazione alle spese,

impegna il Governo a valutare l'utilità e la possibilità di impegnare e destinare le risorse economiche e di adottare tutte le misure, anche attraverso accordi all'interno della Conferenza Stato-Regioni, al fine di assicurare l'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale per l'esenzione dal *ticket*, riservata già da alcune Regioni, alle portatrici di mutazioni patogene dei geni BRCA1 e BRCA2, garantendo il rispetto del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

(1-00638) (04 ottobre 2016)

D'AMBROSIO LETTIERI, AIELLO, AMORUSO, ANITORI, BERNINI, BIANCONI, BIGNAMI, BONFRISCO, BRUNI, COMPAGNA, CUOMO, DI GIACOMO, DI GIORGI, DI MAGGIO, FLORIS, GIRO, LIUZZI, MANDELLI, PAGLIARI, PERRONE, RAZZI, RIZZOTTI, SERAFINI, SPILABOTTE, STEFANI, TARQUINIO, ZIZZA, ZUFFADA. -

V. testo 2

Il Senato,

premesso che:

la XXIV edizione della campagna "LILT for Women" - Campagna Nastro Rosa 2016" patrocinata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero della salute, (che dal 26 settembre 2016 si protrarrà per tutto il mese di ottobre), attraverso il *claim* "la prevenzione è un messaggio per tutte

noi", mira a rendere consapevoli tutte le donne dell'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori della mammella;

secondo i dati presentati dalla citata Lega italiana della lotta contro i Tumori (LILT), il tumore alla mammella, che è aumentato del 30 per cento tra le giovani donne fino a 50 anni di età, rappresenta il "big killer" delle donne;

secondo i dati diffusi dall'associazione, l'aumento dell'incidenza del tumore al seno, nell'ultimo quinquennio, è stato pari al 15 per cento e, secondo una stima, nel 2016 i casi di cancro alla mammella saranno oltre 50.000; di questi oltre 5000 si potranno registrare nelle regioni meridionali, quali Puglia e Basilicata;

le cause dell'aumento dell'incidenza di neoplasie alla mammella risiedono, oltre che nella aumentata aspettativa di vita, in fattori di rischio quali fumo, sovrappeso, diabete, ipertensione, sedentarietà e cattiva alimentazione; per le donne i rischi sono legati anche alla naturale attività riproduttiva;

gli strumenti che, al contrario, hanno consentito di ridurre l'incidenza della mortalità per cancro alla mammella, oltre alla pratica di uno stile di vita sempre più salutare e attento, sono l'introduzione di una diagnostica strumentale sempre più sofisticata e di nuovi farmaci, in grado di colpire le cellule malate, senza intaccare quelle sane;

le possibilità di guarigione da tale malattia tumorale, che pure sono aumentate, riguardano l'80-85 per cento dei casi; di fatto, non comprendono, quindi, il rimanente 15-20 per cento di pazienti che, attraverso una diagnosi precoce, potrebbero far aumentare i livelli di guaribilità fino al 95 per cento dei casi;

premessi, inoltre, che:

secondo le conoscenze attuali, un tumore al seno impiega alcuni anni prima di essere clinicamente evidente (6 anni per raggiungere la dimensione di un centimetro), ma, per raddoppiare la massa, da un punto di vista volumetrico impiega tempi brevissimi, solitamente solo alcuni mesi;

un programma di prevenzione costante, da estendere anche alle giovani e giovanissime donne, contribuirebbe a salvare molte pazienti e a scongiurare la crescita dei casi di tumore, soprattutto nella fascia di età a partire dai 16 -18 anni;

gli investimenti economici, che dovrebbero essere messi in conto per ampliare la fascia di età delle persone coinvolte nello *screening* gratuito garantito dal Servizio sanitario nazionale, sarebbero assolutamente inferiori alle risorse che la malattia neoplastica richiederebbe, in termini di assistenza e cura dei pazienti;

considerato che:

la pratica dell'autopalpazione, pur essendo un mezzo per avvicinare tutte le donne alle problematiche legate al cancro alla mammella, non può

rappresentare un mezzo diagnostico, né può sostituire le visite di controllo e gli esami specialistici;

secondo le attuali conoscenze scientifiche, un'adeguata prevenzione dovrebbe essere basata, a partire dai 25 anni, su esami ecografici e visite senologiche annuali, cui aggiungere un esame mammografico al sopraggiungere dei 40 anni di età;

considerato, inoltre, che:

la European society of breast cancer specialist (EUSOMA), già nel 2000, aveva pubblicato "The requirements of a specialist breast unit", ovvero le raccomandazioni cui avrebbero dovuto attenersi i centri di senologia;

successivamente, tali indicazioni, pubblicate anche nella IV edizione delle "European Guidelines for Quality Assurances in breast Cancerogeni screening and diagnosis", edita dalla Commissione europea, sono state riportate in una risoluzione del Parlamento europeo (risoluzione sul cancro al seno 2002/2279 INI del 5 giugno 2003);

le citate linee guida sono state, infine, aggiornate da EUROMA nel 2013;

in Italia, il "Documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia", redatto da un gruppo di lavoro costituito presso il Ministero e composto da esperti senologi, è stato approvato dalla Conferenza Stato - Regioni nel 2014;

le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sono tenute a uniformarsi alle linee guida contenute in detto documento e ad attivare sul proprio territorio le "breast unit", cui dovrebbero avere accesso le donne per poter effettuare i percorsi di diagnosi e cura del tumore;

il documento, recepito e attuato da ciascuna Regione, ridisegna le modalità organizzative e operative della senologia in Italia, attraverso percorsi diagnostico - terapeutici coordinati e omogenei da realizzare entro il 2016;

il numero di "breast unit" attualmente operative su tutto il territorio italiano è inferiore rispetto al numero di centri attivabili secondo i requisiti previsti dalle direttive europee;

preso atto che:

le donne comprese nella fascia di età fino a 50 anni sono, allo stato, escluse dal programma di *screening* previsto dal Sistema sanitario nazionale e riservato a coloro che hanno un'età compresa fra i 50 e i 69 anni;

alcune Regioni hanno già provveduto ad estendere lo *screening* mammografico gratuito a tutte le donne comprese nella fascia di età fra i 45 e i 74 anni;

appare improbabile che le tutte le Regioni italiane e le Province autonome possano, entro il 2016, come previsto dalle citate normative, attivare sul proprio territorio le "breast unit";

il tumore al seno è una malattia dalla quale è possibile guarire,

impegna il Governo:

1) a porre in essere ogni iniziativa idonea a far sì che, entro il 2017, siano attivati tutti i centri di senologia nelle diverse Regioni italiane e nelle Province autonome, nel rispetto delle linee guida indicate dal "Documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia";

2) a promuovere le più opportune iniziative, al fine di includere nel programma di *screening*, previsto dal Sistema sanitario nazionale, anche le donne con un'età a partire da 25 anni (cui garantire visite specialistiche ed ecografie) e le donne con un'età a partire da 40 anni (cui garantire anche la mammografia);

3) a porre in essere ogni altra iniziativa utile a potenziare le attività di prevenzione e diagnosi precoce del cancro alla mammella, prevedendo anche adeguate campagne di informazione nazionali;

4) a promuovere una campagna di prevenzione e di formazione sull'autopalpazione all'interno delle scuole secondarie di II grado.

(1-00638) (testo 2) (14 febbraio 2017)

D'AMBROSIO LETTIERI, AIELLO, AMORUSO, ANITORI, BERNINI, BIANCONI, BIGNAMI, BONFRISCO, BRUNI, COMPAGNA, CUOMO, DI GIACOMO, DI GIORGI, DI MAGGIO, FLORIS, GIRO, LIUZZI, MANDELLI, PAGLIARI, PERRONE, RAZZI, RIZZOTTI, SERAFINI, SPILABOTTE, STEFANI, TARQUINIO, ZIZZA, ZUFFADA. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

la XXIV edizione della campagna "LILT for Women" - Campagna Nastro Rosa 2016" patrocinata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero della salute, (che dal 26 settembre 2016 si protrarrà per tutto il mese di ottobre), attraverso il *claim* "la prevenzione è un messaggio per tutte noi", mira a rendere consapevoli tutte le donne dell'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori della mammella;

secondo i dati presentati dalla citata Lega italiana della lotta contro i Tumori (LILT), il tumore alla mammella, che è aumentato del 30 per cento tra le giovani donne fino a 50 anni di età, rappresenta il "big killer" delle donne;

secondo i dati diffusi dall'associazione, l'aumento dell'incidenza del tumore al seno, nell'ultimo quinquennio, è stato pari al 15 per cento e, secondo una stima, nel 2016 i casi di cancro alla mammella saranno oltre 50.000; di questi oltre 5000 si potranno registrare nelle regioni meridionali, quali Puglia e Basilicata;

le cause dell'aumento dell'incidenza di neoplasie alla mammella risiedono, oltre che nella aumentata aspettativa di vita, in fattori di rischio quali fumo, sovrappeso, diabete, ipertensione, sedentarietà e cattiva alimentazione; per le donne i rischi sono legati anche alla naturale attività riproduttiva;

gli strumenti che, al contrario, hanno consentito di ridurre l'incidenza della mortalità per cancro alla mammella, oltre alla pratica di uno stile di vita sempre più salutare e attento, sono l'introduzione di una diagnostica strumentale sempre più sofisticata e di nuovi farmaci, in grado di colpire le cellule malate, senza intaccare quelle sane;

le possibilità di guarigione da tale malattia tumorale, che pure sono aumentate, riguardano l'80-85 per cento dei casi; di fatto, non comprendono, quindi, il rimanente 15-20 per cento di pazienti che, attraverso una diagnosi precoce, potrebbero far aumentare i livelli di guaribilità fino al 95 per cento dei casi;

premessi, inoltre, che:

secondo le conoscenze attuali, un tumore al seno impiega alcuni anni prima di essere clinicamente evidente (6 anni per raggiungere la dimensione di un centimetro), ma, per raddoppiare la massa, da un punto di vista volumetrico impiega tempi brevissimi, solitamente solo alcuni mesi;

un programma di prevenzione costante, da estendere anche alle giovani e giovanissime donne, contribuirebbe a salvare molte pazienti e a scongiurare la crescita dei casi di tumore, soprattutto nella fascia di età a partire dai 16 -18 anni;

gli investimenti economici, che dovrebbero essere messi in conto per ampliare la fascia di età delle persone coinvolte nello *screening* gratuito garantito dal Servizio sanitario nazionale, sarebbero assolutamente inferiori alle risorse che la malattia neoplastica richiederebbe, in termini di assistenza e cura dei pazienti;

considerato che:

la pratica dell'autopalpazione, pur essendo un mezzo per avvicinare tutte le donne alle problematiche legate al cancro alla mammella, non può rappresentare un mezzo diagnostico, né può sostituire le visite di controllo e gli esami specialistici;

secondo le attuali conoscenze scientifiche, un'adeguata prevenzione dovrebbe essere basata, a partire dai 25 anni, su esami ecografici e visite senologiche annuali, cui aggiungere un esame mammografico al sopravvenire dei 40 anni di età;

considerato, inoltre, che:

la European society of breast cancer specialist (EUSOMA), già nel 2000, aveva pubblicato "The requirements of a specialist breast unit", ovvero le raccomandazioni cui avrebbero dovuto attenersi i centri di senologia;

successivamente, tali indicazioni, pubblicate anche nella IV edizione delle "European Guidelines for Quality Assurances in breast Cancerogeni screening and diagnosis", edita dalla Commissione europea, sono state riportate in una risoluzione del Parlamento europeo (risoluzione sul cancro al seno 2002/2279 INI del 5 giugno 2003);

le citate linee guida sono state, infine, aggiornate da EUROMA nel 2013;

in Italia, il "Documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia", redatto da un gruppo di lavoro costituito presso il Ministero e composto da esperti senologi, è stato approvato dalla Conferenza Stato - Regioni nel 2014;

le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sono tenute a uniformarsi alle linee guida contenute in detto documento e ad attivare sul proprio territorio le "breast unit", cui dovrebbero avere accesso le donne per poter effettuare i percorsi di diagnosi e cura del tumore;

il documento, recepito e attuato da ciascuna Regione, ridisegna le modalità organizzative e operative della senologia in Italia, attraverso percorsi diagnostico - terapeutici coordinati e omogenei da realizzare entro il 2016;

il numero di "breast unit" attualmente operative su tutto il territorio italiano è inferiore rispetto al numero di centri attivabili secondo i requisiti previsti dalle direttive europee;

preso atto che:

le donne comprese nella fascia di età fino a 50 anni sono, allo stato, escluse dal programma di *screening* previsto dal Sistema sanitario nazionale e riservato a coloro che hanno un'età compresa fra i 50 e i 69 anni;

alcune Regioni hanno già provveduto ad estendere lo *screening* mammografico gratuito a tutte le donne comprese nella fascia di età fra i 45 e i 74 anni;

appare improbabile che le tutte le Regioni italiane e le Province autonome possano, entro il 2016, come previsto dalle citate normative, attivare sul proprio territorio le "breast unit";

il tumore al seno è una malattia dalla quale è possibile guarire,

impegna il Governo:

1) a porre in essere ogni iniziativa idonea a far sì che, entro il 2017, siano attivati tutti i centri di senologia nelle diverse Regioni italiane e nelle Province autonome, nel rispetto delle linee guida indicate dal "Documento

di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia";

2) a valutare la possibilità di promuovere le più opportune iniziative, al fine di includere nel programma di *screening*, previsto dal Sistema sanitario nazionale, anche le donne con un'età a partire da 25 anni (cui garantire visite specialistiche ed ecografie) e le donne con un'età a partire da 40 anni (cui garantire anche la mammografia), sulla base delle evidenze scientifiche disponibili;

3) a porre in essere ogni altra iniziativa utile a potenziare le attività di prevenzione e diagnosi precoce del cancro alla mammella, prevedendo anche adeguate campagne di informazione nazionali;

4) a valutare la possibilità di promuovere una campagna di prevenzione e di formazione sull'autopalpazione all'interno delle scuole secondarie di II grado.

(1-00684) (08 novembre 2016)

GAETTI, TAVERNA, BERTOROTTA, DONNO, LEZZI, MANGILI, MORONESE, NUGNES, PAGLINI, SANTANGELO, SERRA. -

V. testo 2

Il Senato,

premessi che:

in Italia sono stati diagnosticati 48.000 nuovi casi di tumore al seno nel 2015. Si tratta della neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni 3 (29 per cento) è un tumore mammario;

nel rapporto "I numeri del cancro in Italia 2015" dell'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) e l'Associazione italiana di oncologia medica (AIOM), nella popolazione nel suo complesso, il tumore della mammella è diventato il tumore più frequente (14 per cento del totale) ed è il tumore più frequentemente diagnosticato nella donna (29 per cento di tutti i tumori), seguito dai tumori del colon-retto (13 per cento), del polmone (6 per cento), della tiroide (5 per cento) e del corpo dell'utero (5 per cento). Rispetto all'incidenza di tutti gli altri tumori (eccetto quelli della cute), il carcinoma della mammella è quello più frequentemente diagnosticato sia tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (41 per cento), sia nella classe d'età 50-69 anni (35 per cento), sia in quella più anziana, dai 70 anni in su (21 per cento);

sono stati identificati alcuni fattori di rischio: fattori riproduttivi, come ad esempio una lunga durata del periodo fertile, con un menarca precoce ed una menopausa tardiva, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno; fattori ormonali, come l'incremento del rischio nelle donne che assumono terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa; fattori dietetici e metabolici, come l'elevato consumo di alcol e

di grassi animali ed il basso consumo di fibre vegetali, il vizio del fumo e una vita particolarmente sedentaria;

il 5-7 per cento circa dei tumori del seno è ereditario, un quarto dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA-1 e/o BRCA-2. Nelle donne portatrici di mutazioni del gene BRCA-1 il rischio di ammalarsi nel corso della vita di carcinoma mammario è pari al 65 per cento e nelle donne con mutazioni del gene BRCA-2 pari al 40 per cento;

secondo i dati AIRTUM per l'anno 2012, il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con 12.004 decessi, rappresentando il 29 per cento delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 23 per cento tra i 50 e i 69 anni e il 16 per cento dopo i 70 anni;

considerato che:

il trattamento dei tumori al seno è stato oggetto di una discreta produzione normativa europea già dai primi anni 2000;

il 5 giugno 2003, il Parlamento europeo ha adottato, per la prima volta per una malattia specifica, una risoluzione, elaborata dalla Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità, che propone di fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria. La risoluzione invitava gli Stati membri a migliorare la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi, la cura e la fase successiva alla terapia e, facendo riferimento ai requisiti di EUSOMA (European society of mastology), si chiedeva che tutte le donne affette da un carcinoma mammario fossero curate da un *team* multidisciplinare e che venisse organizzata una rete di centri di senologia certificati;

il 25 ottobre 2006, è stata approvata una nuova risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'Unione europea, che invitava gli Stati membri a garantire entro il 2016 un'assistenza capillare con unità mammarie interdisciplinari (*breast unit*) in base agli orientamenti UE, visto che la cura in unità interdisciplinari migliora le possibilità di sopravvivenza e incrementa la qualità della vita;

nel 2011, la 12ª Commissione permanente del Senato (Igiene e Sanità) ha svolto un'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore della mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV. Nelle proposte programmatiche dell'indagine conoscitiva riguardo al carcinoma mammario, si è espresso l'auspicio di conseguire l'obiettivo europeo per il 2016 e giungere anche in Italia alla realizzazione di *breast unit* certificate, efficienti e fruibili dal cittadino;

considerato inoltre che:

il piano sanitario nazionale (PSN) 2006-2008 conteneva uno specifico richiamo ai tumori mammari ed il successivo PSN 2010-2012 riconosce nelle strutture di senologia la sede qualificata della diagnosi e trattamento;

l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2010 concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - 2011-2013", indicato come piano oncologico nazionale si è proposto di dare indicazioni su dove Stato e Regioni debbano indirizzare gli sforzi comuni al fine di migliorare ulteriormente la "presa in carico totale" del malato da parte del SSN;

in accordo con il piano oncologico, è stata poi approvata la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che tutela il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, e con la successiva intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012, si recepisce a livello regionale il documento tecnico avente ad oggetto "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore";

infine, l'intesa del 30 ottobre 2014, "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016", conferma il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero della salute nella lotta contro il cancro di cui all'intesa del 10 febbraio 2011;

valutato che:

la mortalità è in continuo calo: ogni anno diminuisce dell'1,4 per cento, e questo si deve sia all'efficacia delle nuove terapie sia alla diagnosi precoce, e la sopravvivenza media dopo 5 anni dalla diagnosi è di circa l'87 per cento;

con l'approvazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 20 novembre 2001, i programmi di *screening* sono stati inclusi nei livelli essenziali di assistenza;

nei programmi di *screening*, la mammografia con cadenza biennale è indicata in tutte le donne dai 50 ai 69 anni d'età;

il 27 maggio 2014 è stato approvato dal Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN del Ministero della salute "Il documento del Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia";

nel documento si specifica che "Per rete si intende il sistema di relazioni tra le Strutture di senologia, finalizzato a governare lo sviluppo dei servizi complessivamente offerti a livello regionale e lo sviluppo di uno specifico servizio offerto a livello di bacino di utenti di Azienda/USL o interaziendale. Per Strutture di senologia si intendono le strutture dove si svolgono attività di Screening, si fa diagnostica clinico-strumentale dedicata alla mammella e si curano le pazienti con patologia mammaria, definiti Centri di Senologia o più comunemente *Breast Unit*";

le *breast unit* sono strutture con caratteristiche complesse, multidisciplinari, che necessitano di personale qualificato in diversi ambiti e che,

per ben funzionare, necessitano di elevati volumi di esami e di interventi operatori. Le linee guida europee EUSOMA offrono dei riferimenti circa il numero di strutture che possono soddisfare i bisogni delle popolazioni, prevedendo un centro di senologia ogni 250.000 abitanti. Nel documento ministeriale si legge che i centri devono trattare ogni anno più di 150 nuovi casi di carcinoma mammario, di cui almeno 50 per operatore;

nel 2012 solo il 14,1 per cento delle strutture italiane raggiungeva la soglia minima di attività chirurgica fissata per la *breast unit*, su 45413 interventi chirurgici per tumore alla mammella eseguiti in 593 strutture solo 84 superavano i 150 interventi. L'intervento chirurgico per tumore della mammella è una delle aree cliniche per le quali è stata dimostrata un'associazione positiva tra volume di attività e mortalità intraospedaliera, ovvero nei centri ove si opera meno c'è più mortalità e la chirurgia è meno conservativa. Si può, dunque, ipotizzare che il numero delle donne che dovrebbero convergere in una *breast unit* sia tra le 200-300.000, per cui in Italia dovrebbero esserci 130-150 centri di senologia;

per il perfetto funzionamento dei centri di senologia è indispensabile, in linea con quanto è indicato nel documento ministeriale, il coinvolgimento del volontariato di settore, che deve svolgere funzione di supporto e divulgazione, senza intervenire nelle attività diagnostiche. In certi ambiti territoriali in difficoltà organizzative, il volontariato tende a sostituirsi alla struttura sanitaria, complicando ulteriormente la gestione del percorso diagnostico terapeutico;

il documento ministeriale del 2014, per quanto concerne la diffusione dei programmi di *screening*, riporta che l'estensione nominale (cioè la percentuale di donne tra i 50 ed i 69 anni di età che risiedono in un'area in cui è attivo un programma di *screening*) del 2003, 2006, 2010 e 2011 è vicina al 100 per cento, ma l'estensione effettiva (cioè la percentuale di donne che riceve la lettera di invito) è intorno all'80 per cento, con evidente disomogeneità tra il Centro-Nord (oltre il 90 per cento) ed il sud (50 per cento). L'adesione all'invito è un dato stabile negli anni ed è intorno al 55 per cento, e si scoprono mediamente 5 tumori ogni 1000 donne sottoposte a *screening*;

alcune Regioni, come auspicato nel piano nazionale per la prevenzione 2010-2012, hanno ampliato l'età delle donne da sottoporre a controllo partendo da 45 anni fino a 74. In particolare, hanno invitato allo *screening* anche le donne nella fascia di età 45-49 (a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse adattate alle proprie necessità, come ad esempio la creazione di sezioni senologiche nell'ambito di reti oncologiche specificate nei piani sanitari regionali o proposte legislative mirate;

valutato pertanto che:

il rischio di ammalarsi di cancro al seno aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,3 per cento fino a 49 anni (una donna su 45), del 5,2 per cento tra 50 e 69 anni (una donna su 19) e del 4,4 per cento tra 70 e 84 (una donna su 23);

la prevenzione è fondamentale, perché individuare un tumore nello stadio iniziale aumenta la possibilità di curarlo. Secondo le statistiche il rischio di ammalarsi di carcinoma mammario è basso prima dei 40 anni e generalmente non sono previsti esami particolari e, pertanto, il mondo scientifico non è ancora d'accordo se anticipare gli *screening* all'età di 40 anni;

bisognerebbe diffondere sul territorio nazionale programmi di *screening* rivolti alle donne, oggi escluse perché troppo giovani secondo i criteri di inclusione (50 anni), che potrebbero essere più esposte. Lo *screening* mammografico può ridurre, infatti, la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le alternative terapeutiche. Il sistema sanitario dovrebbe essere flessibile ed inserire nei programmi di *screening* persone con familiarità, con problemi ormonali o fattori di rischio che aumentano la probabilità di contrarre un tumore in età così precoce;

il primo aspetto fondamentale della prevenzione è rappresentato dalla promozione della salute e, pertanto, la figura del medico di medicina generale svolge un ruolo centrale in quanto deve offrire al paziente le informazioni corrette riguardo agli stili di vita sani o agli eventuali *screening* da effettuare,

impegna il Governo:

1) a rilevare e valutare quantitativamente e qualitativamente i centri di senologia presenti in tutte le regioni, pubblicando i relativi dati sul sito *web* del Ministero della salute, e prevedere, altresì, un meccanismo di premiazione per le Regioni virtuose che abbiano sul proprio territorio una rete dei centri di senologia eccellenti;

2) a garantire a tutte le donne affette da tumore al seno il diritto di essere curate nei centri di senologia certificati e a tal fine prevedere, nel caso in cui tali centri non soddisfino criteri di qualità ed efficienza, meccanismi di valutazione sull'attività svolta dai direttori generali, con l'applicazione di idonee sanzioni;

3) a promuovere adeguate campagne di informazione a livello nazionale per la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi e la cura del tumore al seno che coinvolga i presidi sanitari, i medici di medicina generale e il volontariato di settore, quest'ultimo adeguatamente formato;

4) a valutare l'opportunità di istituire un meccanismo premiante, anche di tipo fiscale, per i cittadini che si sottopongono agli *screening*, in quanto, come è stato dimostrato, si viene a determinare un risparmio sui costi sanitari.

(1-00684) (testo 2) (14 febbraio 2017)

GAETTI, TAVERNA, BERTOROTTA, DONNO, LEZZI, MANGILI, MORONESE, NUGNES, PAGLINI, SANTANGELO, SERRA. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

in Italia sono stati diagnosticati 48.000 nuovi casi di tumore al seno nel 2015. Si tratta della neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni 3 (29 per cento) è un tumore mammario;

nel rapporto "I numeri del cancro in Italia 2015" dell'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) e l'Associazione italiana di oncologia medica (AIOM), nella popolazione nel suo complesso, il tumore della mammella è diventato il tumore più frequente (14 per cento del totale) ed è il tumore più frequentemente diagnosticato nella donna (29 per cento di tutti i tumori), seguito dai tumori del colon-retto (13 per cento), del polmone (6 per cento), della tiroide (5 per cento) e del corpo dell'utero (5 per cento). Rispetto all'incidenza di tutti gli altri tumori (eccetto quelli della cute), il carcinoma della mammella è quello più frequentemente diagnosticato sia tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (41 per cento), sia nella classe d'età 50-69 anni (35 per cento), sia in quella più anziana, dai 70 anni in su (21 per cento);

sono stati identificati alcuni fattori di rischio: fattori riproduttivi, come ad esempio una lunga durata del periodo fertile, con un menarca precoce ed una menopausa tardiva, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno; fattori ormonali, come l'incremento del rischio nelle donne che assumono terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa; fattori dietetici e metabolici, come l'elevato consumo di alcol e di grassi animali ed il basso consumo di fibre vegetali, il vizio del fumo e una vita particolarmente sedentaria;

il 5-7 per cento circa dei tumori del seno è ereditario, un quarto dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA-1 e/o BRCA-2. Nelle donne portatrici di mutazioni del gene BRCA-1 il rischio di ammalarsi nel corso della vita di carcinoma mammario è pari al 65 per cento e nelle donne con mutazioni del gene BRCA-2 pari al 40 per cento;

secondo i dati AIRTUM per l'anno 2012, il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con 12.004 decessi, rappresentando il 29 per cento delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 23 per cento tra i 50 e i 69 anni e il 16 per cento dopo i 70 anni;

considerato che:

il trattamento dei tumori al seno è stato oggetto di una discreta produzione normativa europea già dai primi anni 2000;

il 5 giugno 2003, il Parlamento europeo ha adottato, per la prima volta per una malattia specifica, una risoluzione, elaborata dalla Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità, che propone di fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria. La risoluzione invitava gli Stati membri a migliorare la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi, la cura e la fase successiva alla terapia e, facendo riferimento ai requisiti di EUSOMA (European society of mastology), si chiedeva che tut-

te le donne affette da un carcinoma mammario fossero curate da un *team* multidisciplinare e che venisse organizzata una rete di centri di senologia certificati;

il 25 ottobre 2006, è stata approvata una nuova risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'Unione europea, che invitava gli Stati membri a garantire entro il 2016 un'assistenza capillare con unità mammarie interdisciplinari (*breast unit*) in base agli orientamenti UE, visto che la cura in unità interdisciplinari migliora le possibilità di sopravvivenza e incrementa la qualità della vita;

nel 2011, la 12ª Commissione permanente del Senato (Igiene e Sanità) ha svolto un'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore della mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV. Nelle proposte programmatiche dell'indagine conoscitiva riguardo al carcinoma mammario, si è espresso l'auspicio di conseguire l'obiettivo europeo per il 2016 e giungere anche in Italia alla realizzazione di *breast unit* certificate, efficienti e fruibili dal cittadino;

considerato inoltre che:

il piano sanitario nazionale (PSN) 2006-2008 conteneva uno specifico richiamo ai tumori mammari ed il successivo PSN 2010-2012 riconosce nelle strutture di senologia la sede qualificata della diagnosi e trattamento;

l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2010 concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - 2011-2013", indicato come piano oncologico nazionale si è proposto di dare indicazioni su dove Stato e Regioni debbano indirizzare gli sforzi comuni al fine di migliorare ulteriormente la "presa in carico totale" del malato da parte del SSN;

in accordo con il piano oncologico, è stata poi approvata la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che tutela il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, e con la successiva intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012, si recepisce a livello regionale il documento tecnico avente ad oggetto "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore";

infine, l'intesa del 30 ottobre 2014, "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016", conferma il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero della salute nella lotta contro il cancro di cui all'intesa del 10 febbraio 2011;

valutato che:

la mortalità è in continuo calo: ogni anno diminuisce dell'1,4 per cento, e questo si deve sia all'efficacia delle nuove terapie sia alla diagnosi

precoce, e la sopravvivenza media dopo 5 anni dalla diagnosi è di circa l'87 per cento;

con l'approvazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 20 novembre 2001, i programmi di *screening* sono stati inclusi nei livelli essenziali di assistenza;

nei programmi di *screening*, la mammografia con cadenza biennale è indicata in tutte le donne dai 50 ai 69 anni d'età;

il 27 maggio 2014 è stato approvato dal Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN del Ministero della salute "Il documento del Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia";

nel documento si specifica che "Per rete si intende il sistema di relazioni tra le Strutture di senologia, finalizzato a governare lo sviluppo dei servizi complessivamente offerti a livello regionale e lo sviluppo di uno specifico servizio offerto a livello di bacino di utenti di Azienda/USL o interaziendale. Per Strutture di senologia si intendono le strutture dove si svolgono attività di Screening, si fa diagnostica clinico-strumentale dedicata alla mammella e si curano le pazienti con patologia mammaria, definiti Centri di Senologia o più comunemente *Breast Unit*";

le *breast unit* sono strutture con caratteristiche complesse, multidisciplinari, che necessitano di personale qualificato in diversi ambiti e che, per ben funzionare, necessitano di elevati volumi di esami e di interventi operatori. Le linee guida europee EUSOMA offrono dei riferimenti circa il numero di strutture che possono soddisfare i bisogni delle popolazioni, prevedendo un centro di senologia ogni 250.000 abitanti. Nel documento ministeriale si legge che i centri devono trattare ogni anno più di 150 nuovi casi di carcinoma mammario, di cui almeno 50 per operatore;

nel 2012 solo il 14,1 per cento delle strutture italiane raggiungeva la soglia minima di attività chirurgica fissata per la *breast unit*, su 45413 interventi chirurgici per tumore alla mammella eseguiti in 593 strutture solo 84 superavano i 150 interventi. L'intervento chirurgico per tumore della mammella è una delle aree cliniche per le quali è stata dimostrata un'associazione positiva tra volume di attività e mortalità intraospedaliera, ovvero nei centri ove si opera meno c'è più mortalità e la chirurgia è meno conservativa. Si può, dunque, ipotizzare che il numero delle donne che dovrebbero convergere in una *breast unit* sia tra le 200-300.000, per cui in Italia dovrebbero esserci 130-150 centri di senologia;

per il perfetto funzionamento dei centri di senologia è indispensabile, in linea con quanto è indicato nel documento ministeriale, il coinvolgimento del volontariato di settore, che deve svolgere funzione di supporto e divulgazione, senza intervenire nelle attività diagnostiche. In certi ambiti territoriali in difficoltà organizzative, il volontariato tende a sostituirsi alla struttura sanitaria, complicando ulteriormente la gestione del percorso diagnostico terapeutico;

il documento ministeriale del 2014, per quanto concerne la diffusione dei programmi di *screening*, riporta che l'estensione nominale (cioè la percentuale di donne tra i 50 ed i 69 anni di età che risiedono in un'area in cui è attivo un programma di *screening*) del 2003, 2006, 2010 e 2011 è vicina al 100 per cento, ma l'estensione effettiva (cioè la percentuale di donne che riceve la lettera di invito) è intorno all'80 per cento, con evidente disomogeneità tra il Centro-Nord (oltre il 90 per cento) ed il sud (50 per cento). L'adesione all'invito è un dato stabile negli anni ed è intorno al 55 per cento, e si scoprono mediamente 5 tumori ogni 1000 donne sottoposte a *screening*;

alcune Regioni, come auspicato nel piano nazionale per la prevenzione 2010-2012, hanno ampliato l'età delle donne da sottoporre a controllo partendo da 45 anni fino a 74. In particolare, hanno invitato allo *screening* anche le donne nella fascia di età 45-49 (a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse adattate alle proprie necessità, come ad esempio la creazione di sezioni senologiche nell'ambito di reti oncologiche specificate nei piani sanitari regionali o proposte legislative mirate;

valutato pertanto che:

il rischio di ammalarsi di cancro al seno aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,3 per cento fino a 49 anni (una donna su 45), del 5,2 per cento tra 50 e 69 anni (una donna su 19) e del 4,4 per cento tra 70 e 84 (una donna su 23);

la prevenzione è fondamentale, perché individuare un tumore nello stadio iniziale aumenta la possibilità di curarlo. Secondo le statistiche il rischio di ammalarsi di carcinoma mammario è basso prima dei 40 anni e generalmente non sono previsti esami particolari e, pertanto, il mondo scientifico non è ancora d'accordo se anticipare gli *screening* all'età di 40 anni;

bisognerebbe diffondere sul territorio nazionale programmi di *screening* rivolti alle donne, oggi escluse perché troppo giovani secondo i criteri di inclusione (50 anni), che potrebbero essere più esposte. Lo *screening* mammografico può ridurre, infatti, la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le alternative terapeutiche. Il sistema sanitario dovrebbe essere flessibile ed inserire nei programmi di *screening* persone con familiarità, con problemi ormonali o fattori di rischio che aumentano la probabilità di contrarre un tumore in età così precoce;

il primo aspetto fondamentale della prevenzione è rappresentato dalla promozione della salute e, pertanto, la figura del medico di medicina generale svolge un ruolo centrale in quanto deve offrire al paziente le informazioni corrette riguardo agli stili di vita sani o agli eventuali *screening* da effettuare,

impegna il Governo:

1) a valutare la possibilità di rilevare e valutare quantitativamente e qualitativamente i centri di senologia presenti in tutte le regioni, pubblicando i relativi dati sul sito *web* del Ministero della salute, e prevedere, altresì,

un meccanismo di premiazione per le Regioni virtuose che abbiano sul proprio territorio una rete dei centri di senologia eccellenti;

2) a valutare la possibilità di garantire a tutte le donne affette da tumore al seno il diritto di essere curate nei centri di senologia certificati e a tal fine prevedere, nel caso in cui tali centri non soddisfino criteri di qualità ed efficienza, meccanismi di valutazione sull'attività svolta dai direttori generali, con l'applicazione di idonee sanzioni;

3) a promuovere adeguate campagne di informazione a livello nazionale per la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi e la cura del tumore al seno che coinvolga i presidi sanitari, i medici di medicina generale e il volontariato di settore, quest'ultimo adeguatamente formato;

4) a valutare l'opportunità di istituire un meccanismo premiante, anche di tipo fiscale, per i cittadini che si sottopongono agli *screening*, in quanto, come è stato dimostrato, si viene a determinare un risparmio sui costi sanitari.

(1-00713) (24 gennaio 2017)

DIRINDIN, DE BIASI, BIANCONI, ROMANO, MAURIZIO ROMANI, BIANCO, GRANAIOLA, MATTESINI, MATURANI, PADUA, SILVESTRO, ALBANO, AMATI, BERTUZZI, CANTINI, CHITI, CIRINNÀ, CORSINI, CUOMO, D'ADDA, FAVERO, GATTI, GIACOBBE, GOTOR, GUERRA, LAI, LO GIUDICE, LO MORO, MANASSERO, ORRU', PAGLIARI, PEGORER, PEZZOPANE, SCALIA, VACCARI, VALDINOSI, ASTORRE, FASIOLO, LUMIA. -

V. testo 2

Il Senato,

premessso che:

secondo i dati del Ministero della salute, il tumore al seno colpisce una donna su 8, rappresenta il 29 per cento dei tumori che colpiscono le donne ed è la prima causa di mortalità per tumore nelle donne;

dall'analisi dei dati dei registri tumori italiani si stima che in Italia siano diagnosticati, ogni anno, circa 46.000 nuovi casi di carcinoma della mammella;

il rischio di essere colpiti da questo tipo di carcinoma aumenta con l'età, con una probabilità di sviluppo della malattia del 2,3 per cento fino a 49 anni (una donna su 45), del 5,2 per cento tra 50 e 69 anni (una donna su 19) e del 4,4 per cento tra 70 e 84 anni (una donna su 23);

sono stati identificati diversi fattori di rischio: fattori riproduttivi, nulliparità, prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, mancato allattamento al seno, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici;

premessso inoltre che:

dalla fine degli anni '90 si osserva una moderata ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (con un calo dell'1,4 per cento all'anno), attribuibile alla maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce e quindi all'anticipazione diagnostica ed ai progressi terapeutici;

la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, indipendentemente da altre comorbidità, è in moderato e costante aumento da molti anni (78 per cento per le donne ammalate dal 1990 al 1992, 87 per cento dal 2005 al 2007), in relazione a diverse variabili, tra cui l'anticipazione diagnostica e il miglioramento delle terapie;

ciò nonostante, i dati sulla sopravvivenza mostrano differenze tra le varie aree del Paese, sia pure in misura minore rispetto al passato, ma con la persistenza di una situazione più sfavorevole per le Regioni meridionali (81 per cento a 5 anni contro l'85-87 per cento delle Regioni del Centro-Nord);

considerato che:

numerosi studi hanno dimostrato come lo *screening* mammografico possa ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche. La diffusione su larga scala, dalla seconda metà degli anni '90, dei programmi di *screening* mammografico ha contribuito infatti a determinare una riduzione della mortalità specifica, con una diminuzione degli interventi di mastectomia e con una modesta e del tutto accettabile quota di *overdiagnosis*;

ove confrontata con gli *standard* nazionali ed europei di riferimento, l'attività italiana di *screening* mammografico rivela complessivamente un buon andamento;

nel 2015 si è avuto un marcato miglioramento della copertura che ha superato l'80 per cento, anche se la copertura riguarda più di 9 donne su 10 al Nord, poco meno di 9 su 10 al Centro e quasi 6 ogni 10 al Sud, con un netto aumento rispetto agli anni precedenti;

l'adesione supera il livello accettabile del 50 per cento, il tasso di richiami così come gli indicatori che valutano la sensibilità del programma (rapporto fra biopsie benigne e maligne, identificazione dei tumori invasivi e trattamenti chirurgici conservativi) sono coerenti con gli *standard* di riferimento;

un numero rilevante di Regioni continua tuttavia ad essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità degli *screening* con valori degli indicatori (invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia, approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia, intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia) ben al di sotto del livello accettabile e con tendenza al peggioramento;

il divario riguarda sia il numero di inviti (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese) e il numero di richiami, sia la qualità degli indicatori presi in considerazione;

tenuto conto che:

sulla base delle evidenze scientifiche attualmente disponibili, nel nostro Paese i programmi di *screening* prevedono la mammografia in tutte le donne dai 50 ai 69 anni d'età;

sotto i 50 anni, lo IARC (International agency for research on cancer) riporta come "limitate" le dimostrazioni di efficacia dello *screening* mammografico generalizzato, in ragione della correlazione inversa fra età della donna ed effetti negativi (limitata capacità di *detection*, rischio radio indotto), da cui un rapporto tra benefici e danni meno vantaggioso;

nel 2014 e nel 2015 alcune Regioni hanno avviato programmi di estensione degli inviti allo *screening* alle donne nelle fasce di età 45-49 anni (a intervallo annuale) e 70-74 anni (con intervallo biennale), coinvolgendo quote relativamente ristrette di popolazione bersaglio e registrando tassi di adesione all'invito piuttosto elevati;

nelle donne nella fascia di età tra 45 e 50 anni l'intervallo raccomandato è quello annuale. Sono allo studio ipotesi di differenziazione dell'intervallo di *screening* sulla base di specifici fattori di rischio, quali, in particolare, densità del tessuto mammario e storia familiare;

nelle donne ad alto rischio per importante storia familiare di carcinoma mammario o per la presenza di mutazione dei geni BRCA-1 o BRCA-2, i controlli mammografici potrebbero essere iniziati all'età di 25 anni o 10 anni prima dell'età di insorgenza del tumore nel familiare più giovane, nonostante la bassa sensibilità della mammografia in questa popolazione. La risonanza magnetica mammaria è raccomandata, in aggiunta alla mammografia annuale, solo per le pazienti con mutazione dei geni BRCA-1 o BRCA-2;

considerato inoltre che:

secondo quanto riportato dal documento del gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia (maggio 2014), l'Eusoma (European society of breast cancer specialists) ha pubblicato le raccomandazioni sui requisiti di un'unità di senologia, sottolineando la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati;

il documento indica le modalità di organizzazione e operative per la senologia in Italia, ridefinendo in particolare il ruolo delle *breast unit* come percorsi diagnostico-terapeutici, debitamente coordinati, omogenei, unitari, integrati, multidisciplinari dedicati alla diagnosi dei tumori della mammella, alla mappatura e gestione del rischio genetico familiare, alla terapia chirurgica, radioterapica, oncologica e palliativa, oltre che come centro di riabilitazione e recupero funzionale e di *counseling* psicologico,

impegna il Governo:

1) a promuovere la realizzazione di un'efficiente e capillare rete di centri di senologia, integrati con i programmi di *screening* organizzati, in

grado di garantire i migliori trattamenti diagnostici e terapeutici nelle diverse fasi della malattia in tutte le Regioni del Paese, con un sistema di monitoraggio e di produzione di indicatori di qualità simile a quello esistente per i programmi di *screening* organizzati;

2) a monitorare, con continuità nelle diverse Regioni, l'andamento dei programmi di *screening* mammografico, demandando al comitato per la verifica dei LEA (livelli essenziali di assistenza) l'effettuazione di specifiche rilevazioni concernenti le diverse modalità organizzative e i differenti costi sostenuti, al fine di evidenziare le migliori pratiche e promuovere la loro estensione in tutte le realtà regionali, superando così le inaccettabili differenze che ancora sussistono tra Regione e Regione;

3) a prevedere specifici interventi per l'estensione in tutte le Regioni italiane dei programmi di *screening* a favore delle donne dai 45 ai 49 anni, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

(1-00713) (testo 2) (14 febbraio 2017)

DIRINDIN, DE BIASI, BIANCONI, ROMANO, MAURIZIO ROMANI, BIANCO, GRANAIOLA, MATTESINI, MATURANI, PADUA, SILVESTRO, ALBANO, AMATI, BERTUZZI, CANTINI, CHITI, CIRINNÀ, CORSINI, CUOMO, D'ADDA, FAVERO, GATTI, GIACOBBE, GOTOR, GUERRA, LAI, LO GIUDICE, LO MORO, MANASSERO, ORRU', PAGLIARI, PEGORER, PEZZOPANE, SCALIA, VACCARI, VALDINOSI, ASTORRE, FASIOLO, LUMIA. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

secondo i dati del Ministero della salute, il tumore al seno colpisce una donna su 8, rappresenta il 29 per cento dei tumori che colpiscono le donne ed è la prima causa di mortalità per tumore nelle donne;

dall'analisi dei dati dei registri tumori italiani si stima che in Italia siano diagnosticati, ogni anno, circa 46.000 nuovi casi di carcinoma della mammella;

il rischio di essere colpiti da questo tipo di carcinoma aumenta con l'età, con una probabilità di sviluppo della malattia del 2,3 per cento fino a 49 anni (una donna su 45), del 5,2 per cento tra 50 e 69 anni (una donna su 19) e del 4,4 per cento tra 70 e 84 anni (una donna su 23);

sono stati identificati diversi fattori di rischio: fattori riproduttivi, nulliparità, prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, mancato allattamento al seno, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici;

premessi inoltre che:

dalla fine degli anni '90 si osserva una moderata ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (con un ca-

lo dell'1,4 per cento all'anno), attribuibile alla maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce e quindi all'anticipazione diagnostica ed ai progressi terapeutici;

la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, indipendentemente da altre comorbidità, è in moderato e costante aumento da molti anni (78 per cento per le donne ammalate dal 1990 al 1992, 87 per cento dal 2005 al 2007), in relazione a diverse variabili, tra cui l'anticipazione diagnostica e il miglioramento delle terapie;

ciò nonostante, i dati sulla sopravvivenza mostrano differenze tra le varie aree del Paese, sia pure in misura minore rispetto al passato, ma con la persistenza di una situazione più sfavorevole per le Regioni meridionali (81 per cento a 5 anni contro l'85-87 per cento delle Regioni del Centro-Nord);

considerato che:

numerosi studi hanno dimostrato come lo *screening* mammografico possa ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche. La diffusione su larga scala, dalla seconda metà degli anni '90, dei programmi di *screening* mammografico ha contribuito infatti a determinare una riduzione della mortalità specifica, con una diminuzione degli interventi di mastectomia e con una modesta e del tutto accettabile quota di *overdiagnosis*;

ove confrontata con gli *standard* nazionali ed europei di riferimento, l'attività italiana di *screening* mammografico rivela complessivamente un buon andamento;

nel 2015 si è avuto un marcato miglioramento della copertura che ha superato l'80 per cento, anche se la copertura riguarda più di 9 donne su 10 al Nord, poco meno di 9 su 10 al Centro e quasi 6 ogni 10 al Sud, con un netto aumento rispetto agli anni precedenti;

l'adesione supera il livello accettabile del 50 per cento, il tasso di richiami così come gli indicatori che valutano la sensibilità del programma (rapporto fra biopsie benigne e maligne, identificazione dei tumori invasivi e trattamenti chirurgici conservativi) sono coerenti con gli *standard* di riferimento;

un numero rilevante di Regioni continua tuttavia ad essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità degli *screening* con valori degli indicatori (invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia, approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia, intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia) ben al di sotto del livello accettabile e con tendenza al peggioramento;

il divario riguarda sia il numero di inviti (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese) e il numero di richiami, sia la qualità degli indicatori presi in considerazione;

tenuto conto che:

sulla base delle evidenze scientifiche attualmente disponibili, nel nostro Paese i programmi di *screening* prevedono la mammografia in tutte le donne dai 50 ai 69 anni d'età;

sotto i 50 anni, lo IARC (International agency for research on cancer) riporta come "limitate" le dimostrazioni di efficacia dello *screening* mammografico generalizzato, in ragione della correlazione inversa fra età della donna ed effetti negativi (limitata capacità di *detection*, rischio radio indotto), da cui un rapporto tra benefici e danni meno vantaggioso;

nel 2014 e nel 2015 alcune Regioni hanno avviato programmi di estensione degli inviti allo *screening* alle donne nelle fasce di età 45-49 anni (a intervallo annuale) e 70-74 anni (con intervallo biennale), coinvolgendo quote relativamente ristrette di popolazione bersaglio e registrando tassi di adesione all'invito piuttosto elevati;

nelle donne nella fascia di età tra 45 e 50 anni l'intervallo raccomandato è quello annuale. Sono allo studio ipotesi di differenziazione dell'intervallo di *screening* sulla base di specifici fattori di rischio, quali, in particolare, densità del tessuto mammario e storia familiare;

nelle donne ad alto rischio per importante storia familiare di carcinoma mammario o per la presenza di mutazione dei geni BRCA-1 o BRCA-2, i controlli mammografici potrebbero essere iniziati all'età di 25 anni o 10 anni prima dell'età di insorgenza del tumore nel familiare più giovane, nonostante la bassa sensibilità della mammografia in questa popolazione. La risonanza magnetica mammaria è raccomandata, in aggiunta alla mammografia annuale, solo per le pazienti con mutazione dei geni BRCA-1 o BRCA-2;

considerato inoltre che:

secondo quanto riportato dal documento del gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia (maggio 2014), l'Eusoma (European society of breast cancer specialists) ha pubblicato le raccomandazioni sui requisiti di un'unità di senologia, sottolineando la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati;

il documento indica le modalità di organizzazione e operative per la senologia in Italia, ridefinendo in particolare il ruolo delle *breast unit* come percorsi diagnostico-terapeutici, debitamente coordinati, omogenei, unitari, integrati, multidisciplinari dedicati alla diagnosi dei tumori della mammella, alla mappatura e gestione del rischio genetico familiare, alla terapia chirurgica, radioterapica, oncologica e palliativa, oltre che come centro di riabilitazione e recupero funzionale e di *counseling* psicologico,

impegna il Governo:

1) a promuovere la realizzazione di un'efficiente e capillare rete di centri di senologia, integrati con i programmi di *screening* organizzati, in grado di garantire i migliori trattamenti diagnostici e terapeutici nelle diverse fasi della malattia in tutte le Regioni del Paese, con un sistema di monito-

raggio e di produzione di indicatori di qualità simile a quello esistente per i programmi di *screening* organizzati;

2) a monitorare, con continuità nelle diverse Regioni, l'andamento dei programmi di *screening* mammografico, demandando al comitato per la verifica dei LEA (livelli essenziali di assistenza) l'effettuazione di specifiche rilevazioni concernenti le diverse modalità organizzative e i differenti costi sostenuti, al fine di evidenziare le migliori pratiche e promuovere la loro estensione in tutte le realtà regionali, superando così le inaccettabili differenze che ancora sussistono tra Regione e Regione;

3) a valutare la possibilità di prevedere specifici interventi per l'estensione in tutte le Regioni italiane dei programmi di *screening* a favore delle donne dai 45 ai 49 anni, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

(1-00719) (25 gennaio 2017)

MAZZONI, BARANI, AMORUSO, AURICCHIO, COMPAGNONE, CONTI, D'ANNA, FALANGA, GAMBARO, IURLARO, LANGELLA, EVA LONGO, MILO, PAGNONCELLI, PICCINELLI, RUVOLO, SCAVONE, VERDINI. -

V. testo 2

Il Senato,

premesso che:

il numero dei tumori alla mammella è in crescita e ogni anno si stimano 47.000 nuovi casi diagnosticati;

certamente il fenomeno della crescita delle acuzie è dovuto all'allungamento della vita, ma è anche vero che, a fronte della crescita del numero dei casi, la mortalità diminuisce perché le cure sono diventate sempre più efficaci;

in particolare, l'incidenza del tumore alla mammella è aumentato del 30 per cento tra le donne fino a 50 anni di età, con una proiezione che si attesta intorno ai 50.000 casi nell'arco del prossimo 2017;

nello specifico del tumore alla mammella, i fattori di rischio da prendere in considerazione in quanto all'aumentata incidenza sono il sovrappeso, il diabete, lo squilibrio alimentare, la vita sedentaria, il fumo, l'ipertensione e gli squilibri ormonali;

tuttavia, nonostante l'aumento dei nuovi casi, è parimenti aumentata la sopravvivenza delle pazienti con una possibilità di guarigione che riguarda l'80-85 per cento dei casi, grazie a un'attenzione maggiore agli stili di vita che culturalmente si sono fatti strada nella nostra società, ma grazie anche al progresso degli strumenti diagnostici e all'utilizzo di protocolli di cura sempre più personalizzati, che prevedono l'utilizzo di farmaci più innovativi e selettivi, in grado di colpire le cellule tumorali preservando quelle sane;

si rileva la presenza in Italia presso il Dipartimento di oncologia del "Santo Stefano" di Prato, anche grazie al contributo essenziale della fondazione "Pitigliani", la prima realtà di unità di bioinformatica con la quale si possono analizzare i dati di elementi biologici per ottenere conclusioni che potranno risultare utili per il trattamento delle pazienti;

un'azione di prevenzione veramente efficace, unita alla diagnosi precoce, potrebbe portare l'aumento del tasso di guarigione fino al 95 per cento dei casi;

lo sviluppo del tumore alla mammella è assai lento nella fase iniziale, dal momento che si stima che per raggiungere la dimensione di un centimetro esso impiega 6 anni, mentre il raddoppio della massa dopo tale lasso di tempo subisce un'accelerazione esponenziale di pochi mesi;

soltanto un'azione di prevenzione veramente costante, da estendere anche a donne molto giovani, potrebbe portare a un'inversione di tendenza nell'*escalation* dei casi di tumore;

anche da un punto di vista economico tale situazione sarebbe auspicabile, poiché le risorse che vengono impiegate per la cronicizzazione della malattia in pazienti resilienti sono di gran lunga più consistenti di quelle che servirebbero per un'efficace e costante attività di prevenzione attraverso l'ampliamento degli *screening* gratuiti;

secondo le conoscenze scientifiche a disposizione l'attività di prevenzione dovrebbe prevedere esami ecografici e visite senologiche annuali fino ai 40 anni di età e l'aggiunta dell'esame mammografico per donne di età superiore ai 40 anni;

considerato che:

è a disposizione una serie di documenti emanati a livello europeo contenenti raccomandazioni e risoluzioni per affrontare il fenomeno del cancro alla mammella (come la risoluzione del Parlamento europeo 2002/2279);

le donne fino a 50 anni sono attualmente escluse dai programmi di *screening* previsti dal Servizio sanitario nazionale, operanti solo per donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni;

alcune Regioni hanno esteso volontariamente lo *screening* mammografico gratuito, allargando la fascia di età alle donne fra i 45 e i 74 anni;

il tasso di sopravvivenza delle donne affette da cancro al seno è molto alto e le possibilità di guarigione elevatissime,

impegna il Governo:

1) a potenziare i programmi di *screening* in tutte le Regioni italiane, prendendo atto che le aree del Sud Italia hanno minori tassi di adesione ai programmi, ma anche una minore efficienza degli stessi, perché il numero di donne che riceve l'invito per l'esame è ancora molto basso;

2) ad attivare le *breast unit*, cioè le raccomandazioni europee cui devono attenersi i centri di senologia su tutto il territorio nazionale;

3) a potenziare il monitoraggio dei dati regionali per permettere di migliorarne l'efficienza;

4) a promuovere interventi volti a sensibilizzare le donne a più livelli, dalle scuole con programmi mirati per le ragazze, al coinvolgimento dei medici di famiglia, ad efficaci campagne mediatiche;

5) ad istituire finanziamenti *ad hoc*, gestiti con bandi specifici, che prevedano la valutazione dei progetti da parte di revisori di chiara fama nel settore a livello internazionale;

6) ad intervenire con ogni più opportuna iniziativa, affinché entro l'anno 2017 siano attivati in tutte le Regioni i centri di senologia, in ossequio alle linee guida di cui al documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia;

7) a favorire la creazione di laboratori traslazionali e a diffondere la creazione di unità di bioinformatica in tutto il territorio.

(1-00719) (testo 2) (14 febbraio 2017)

MAZZONI, BARANI, AMORUSO, AURICCHIO, COMPAGNONE, CONTI, D'ANNA, FALANGA, GAMBARO, IURLARO, LANGELLA, EVA LONGO, MILO, PAGNONCELLI, PICCINELLI, RUVOLO, SCAVONE, VERDINI. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

il numero dei tumori alla mammella è in crescita e ogni anno si stimano 47.000 nuovi casi diagnosticati;

certamente il fenomeno della crescita delle acuzie è dovuto all'allungamento della vita, ma è anche vero che, a fronte della crescita del numero dei casi, la mortalità diminuisce perché le cure sono diventate sempre più efficaci;

in particolare, l'incidenza del tumore alla mammella è aumentata del 30 per cento tra le donne fino a 50 anni di età, con una proiezione che si attesta intorno ai 50.000 casi nell'arco del prossimo 2017;

nello specifico del tumore alla mammella, i fattori di rischio da prendere in considerazione in quanto all'aumentata incidenza sono il sovrappeso, il diabete, lo squilibrio alimentare, la vita sedentaria, il fumo, l'ipertensione e gli squilibri ormonali;

tuttavia, nonostante l'aumento dei nuovi casi, è parimenti aumentata la sopravvivenza delle pazienti con una possibilità di guarigione che riguar-

da l'80-85 per cento dei casi, grazie a un'attenzione maggiore agli stili di vita che culturalmente si sono fatti strada nella nostra società, ma grazie anche al progresso degli strumenti diagnostici e all'utilizzo di protocolli di cura sempre più personalizzati, che prevedono l'utilizzo di farmaci più innovativi e selettivi, in grado di colpire le cellule tumorali preservando quelle sane;

si rileva la presenza in Italia presso il Dipartimento di oncologia del "Santo Stefano" di Prato, anche grazie al contributo essenziale della fondazione "Pitigliani", la prima realtà di unità di bioinformatica con la quale si possono analizzare i dati di elementi biologici per ottenere conclusioni che potranno risultare utili per il trattamento delle pazienti;

un'azione di prevenzione veramente efficace, unita alla diagnosi precoce, potrebbe portare l'aumento del tasso di guarigione fino al 95 per cento dei casi;

lo sviluppo del tumore alla mammella è assai lento nella fase iniziale, dal momento che si stima che per raggiungere la dimensione di un centimetro esso impiega 6 anni, mentre il raddoppio della massa dopo tale lasso di tempo subisce un'accelerazione esponenziale di pochi mesi;

soltanto un'azione di prevenzione veramente costante, da estendere anche a donne molto giovani, potrebbe portare a un'inversione di tendenza nell'*escalation* dei casi di tumore;

anche da un punto di vista economico tale situazione sarebbe auspicabile, poiché le risorse che vengono impiegate per la cronicizzazione della malattia in pazienti resilienti sono di gran lunga più consistenti di quelle che servirebbero per un'efficace e costante attività di prevenzione attraverso l'ampliamento degli *screening* gratuiti;

secondo le conoscenze scientifiche a disposizione l'attività di prevenzione dovrebbe prevedere esami ecografici e visite senologiche annuali fino ai 40 anni di età e l'aggiunta dell'esame mammografico per donne di età superiore ai 40 anni;

considerato che:

è a disposizione una serie di documenti emanati a livello europeo contenenti raccomandazioni e risoluzioni per affrontare il fenomeno del cancro alla mammella (come la risoluzione del Parlamento europeo 2002/2279);

le donne fino a 50 anni sono attualmente escluse dai programmi di *screening* previsti dal Servizio sanitario nazionale, operanti solo per donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni;

alcune Regioni hanno esteso volontariamente lo *screening* mammografico gratuito, allargando la fascia di età alle donne fra i 45 e i 74 anni;

il tasso di sopravvivenza delle donne affette da cancro al seno è molto alto e le possibilità di guarigione elevatissime,

impegna il Governo:

- 1) a potenziare i programmi di *screening* in tutte le Regioni italiane, prendendo atto che le aree del Sud Italia hanno minori tassi di adesione ai programmi, ma anche una minore efficienza degli stessi, perché il numero di donne che riceve l'invito per l'esame è ancora molto basso;
- 2) ad attivare le *breast unit*, cioè le raccomandazioni europee cui devono attenersi i centri di senologia su tutto il territorio nazionale;
- 3) a potenziare il monitoraggio dei dati regionali per permettere di migliorarne l'efficienza;
- 4) a promuovere interventi volti a sensibilizzare le donne a più livelli, dalle scuole con programmi mirati per le ragazze, al coinvolgimento dei medici di famiglia, ad efficaci campagne mediatiche;
- 5) a valutare la possibilità di istituire finanziamenti *ad hoc*, gestiti con bandi specifici, che prevedano la valutazione dei progetti da parte di revisori di chiara fama nel settore a livello internazionale;
- 6) ad intervenire con ogni più opportuna iniziativa, affinché entro l'anno 2017 siano attivati in tutte le Regioni i centri di senologia, in ossequio alle linee guida di cui al documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia;
- 7) a valutare la possibilità di favorire la creazione di laboratori transnazionali e diffondere la creazione di unità di bioinformatica in tutto il territorio .

Allegato B

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA

VOTAZIONE		OGGETTO	RISULTATO						ESITO
Num.	Tipo		Pre	Vot	Ast	Fav	Cont	Magg	
<u>1</u>	Nom.	Mozioni sui tumori femminili. Mozione n. 1-00600 (testo 2), Rizzotti e altri	194	193	000	193	000	097	APPR.
<u>2</u>	Nom.	Mozioni sui tumori femminili. Mozione n. 1-00638 (testo 2), D'Ambrosio Lettieri e altri	195	194	000	194	000	098	APPR.
<u>3</u>	Nom.	Mozioni sui tumori femminili. Mozione n. 1-00684 (testo 2), Gaetti e altri	198	197	000	197	000	099	APPR.
<u>4</u>	Nom.	Mozioni sui tumori femminili. Mozione n. 1-00713 (testo 2), Dirindin e altri	198	197	000	197	000	099	APPR.
<u>5</u>	Nom.	Mozioni sui tumori femminili. Mozione n. 1-00719 (testo 2), Mazzoni e altri	197	195	000	195	000	098	APPR.

- Le Votazioni annullate e quelle in cui è mancato il numero legale non sono riportate

760ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Febbraio 2017

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Aiello Piero	F	F	F	F	F
Airola Alberto					
Albano Donatella	F	F	F	F	F
Albertini Gabriele	F	F	F	F	F
Alicata Bruno	F	F	F	F	F
Amati Silvana	F	F	F	F	F
Amidei Bartolomeo	F	F	F	F	F
Amoruso Francesco Maria	F	F	F	F	F
Angioni Ignazio	F	F	F	F	F
Anitori Fabiola	F	F	F	F	F
Aracri Francesco	F	F	F	F	F
Arrigoni Paolo					
Astorre Bruno	F	F	F	F	F
Augello Andrea	F	F	F	F	F
Auricchio Domenico	F	F	F	F	F
Azzollini Antonio					
Barani Lucio					
Barozzino Giovanni					
Battista Lorenzo	M	M	M	M	M
Bellot Raffaella	F	F	F	F	F
Bencini Alessandra	M	M	M	M	M
Berger Hans	F	F	F	F	F
Bernini Anna Maria	F	F	F	F	F
Bertacco Stefano					
Bertorotta Ornella					
Bertuzzi Maria Teresa	F	F	F	F	F
Bianco Amedeo	F	F	F	F	F
Bianconi Laura					
Bignami Laura	F	F	F	F	F
Bilardi Giovanni Emanuele	F	F	F	F	F
Bisinella Patrizia	F	F	F	F	F
Blundo Rosetta Enza	F	F	F	F	F
Bocca Bernabò	F	F	F	F	F
Boccardi Michele					
Bocchino Fabrizio	F	F	F	F	F
Bonaiuti Paolo	F	F	F	F	F
Bondi Sandro					
Bonfrisco Anna Cinzia	F	F	F	F	F
Borioli Daniele Gaetano	F	F	F	F	F
Bottici Laura					
Brogia Claudio	F	F	F	F	F
Bruni Francesco	F	F	F	F	F
Bubbico Filippo	M	M	M	M	M
Buccarella Maurizio	F	F	F	F	F
Buemi Enrico	F	F	F	F	F
Bulgarelli Elisa	F	F	F	F	F
Calderoli Roberto	F	F	F	F	F

760ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Febbraio 2017

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Caleo Massimo	F	F	F	F	F
Caliendo Giacomo	F	F	F	F	F
Campanella Francesco					
Candiani Stefano					
Cantini Laura	M	M	M	M	M
Capacchione Rosaria	M	M	M	M	M
Cappelletti Enrico	F	F	F	F	F
Cardiello Franco	F	F	F	F	F
Cardinali Valeria	F	F	F	F	F
Caridi Antonio Stefano					
Carraro Franco	F	F	F	F	F
Casaletto Monica					
Casini Pier Ferdinando					
Cassano Massimo	M	M	M	M	M
Casson Felice	M	M	M	M	M
Castaldi Gianluca	F	F	F	F	F
Catalfo Nunzia	F	F	F	F	F
Cattaneo Elena	M	M	M	M	M
Centinaio Gian Marco					
Ceroni Remigio	F	F	F	F	F
Cervellini Massimo	F	F	F	F	F
Chiavaroli Federica	M	M	M	M	M
Chiti Vannino	F	F	F	F	F
Ciampolillo Alfonso					
Cioffi Andrea	F	F	F	F	F
Cirinnà Monica	M	M	M	M	M
Cociancich Roberto G. G.					
Collina Stefano					
Colucci Francesco	F	F	F	F	F
Comaroli Silvana Andreina	F	F	F	F	F
Compagna Luigi					
Compagnone Giuseppe	F	F	F	F	F
Consiglio Nunziante	F		F	F	F
Conte Franco	F	F	F	F	F
Conti Riccardo	F	F	F	F	F
Corsini Paolo	F	F	F	F	F
Cotti Roberto	F	F	F	F	F
Crimi Vito Claudio	M	M	M	M	M
Crosio Jonny	F	F	F	F	F
Cucca Giuseppe Luigi S.	F	F	F	F	F
Cuomo Vincenzo					
D'Adda Erica	F	F	F	F	F
D'Ali Antonio					
Dalla Tor Mario	F	F	F	F	F
Dalla Zuanna Gianpiero	M	M	M	M	M
D'Ambrosio Lettieri Luigi	F	F	F	F	F
D'Anna Vincenzo	F	F	F	F	F

760ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Febbraio 2017

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
D'Ascola Vincenzo Mario D.	F	F	F	F	F
Davico Michelino					
De Biasi Emilia Grazia	F	F	F	F	F
De Cristofaro Peppe	F	F	F	F	F
De Petris Loredana	F	F	F	F	F
De Pietro Cristina					
De Pin Paola					
De Poli Antonio	M	M	M	M	M
De Siano Domenico	F	F	F	F	F
Del Barba Mauro					
Della Vedova Benedetto	M	M	M	M	M
Di Biagio Aldo	F	F	F	F	F
Di Giacomo Ulisse	F	F	F	F	F
Di Giorgi Rosa Maria	F	F	F	F	F
Di Maggio Salvatore Tito	M	M	M	M	M
Dirindin Nerina	F	F	F	F	F
Divina Sergio	F	F	F	F	F
D'Onghia Angela	M	M	M	M	M
Donno Daniela					
Endrizzi Giovanni	F	F	F	F	F
Esposito Giuseppe	M	M	M	M	M
Esposito Stefano					
Fabbri Camilla	F	F	F	F	F
Falanga Ciro	F	F	F	F	F
Fasano Enzo	F	F	F	F	F
Fasiolo Laura	F	F	F	F	F
Fattori Elena	F	F	F	F	F
Fattorini Emma	M	M	M	M	M
Favero Nicoletta	F	F	F	F	F
Fazzone Claudio					
Fedeli Valeria	M	M	M	M	M
Ferrara Elena	F	F	F	F	F
Ferrara Mario	F	F	F	F	F
Filippi Marco					
Filippin Rosanna	F	F	F	F	F
Finocchiaro Anna	M	M	M	M	M
Fissore Elena	M	M	M	M	M
Floris Emilio	F	F	F	F	F
Formigoni Roberto					
Fornaro Federico	F	F	F	F	F
Fravezzi Vittorio	F	F	F	F	F
Fucksia Serenella	F	F	F	F	F
Gaetti Luigi	F	F	F	F	F
Galimberti Paolo					
Gambaro Adele	F	F	F	F	F
Gasparri Maurizio					
Gatti Maria Grazia	F	F	F	F	F

760ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Febbraio 2017

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Gentile Antonio	M	M	M	M	M
Ghedini Niccolò					
Giacobbe Francesco	F	F	F	F	F
Giannini Stefania					
Giarrusso Mario Michele					
Gibiino Vincenzo					
Ginetti Nadia	F	F	F	F	F
Giovanardi Carlo	F	F	F	F	F
Giro Francesco Maria	F	F	F	F	F
Giroto Gianni Pietro					
Gotor Miguel	F	F	F	F	F
Granaiola Manuela	F	F	F	F	F
Grasso Pietro					
Gualdani Marcello	F	F	F	F	F
Guerra Maria Cecilia	F	F	F	F	F
Guerrieri Paleotti Paolo		F	F	F	F
Ichino Pietro	F	F	F	F	F
Idem Josefa	F	F	F	F	F
Iurlaro Pietro	F	F	F	F	F
Lai Bachisio Silvio	F	F	F	F	F
Langella Pietro					
Laniece Albert	F	F	F	F	F
Lanzillotta Linda	P	P	P	P	P
Latorre Nicola					
Lepri Stefano	F	F	F	F	F
Lezzi Barbara					
Liuzzi Pietro	F	F	F	F	F
Lo Giudice Sergio	F	F	F	F	F
Lo Moro Doris	F	F	F	F	F
Longo Eva					
Longo Fausto Guilherme					
Lucherini Carlo	F	F	F	F	F
Lucidi Stefano	F	F	F	F	F
Lumia Giuseppe	F	F	F	F	F
Malan Lucio	F	F	F	F	F
Manassero Patrizia	F	F	F	F	F
Manconi Luigi	F	F	F	F	F
Mancuso Bruno	F	F	F	F	F
Mandelli Andrea	F	F	F	F	F
Mangili Giovanna	F	F	F	F	F
Maran Alessandro	F	F	F	F	F
Marcucci Andrea	F	F	F	F	F
Margiotta Salvatore	F	F	F	F	F
Marin Marco	F	F	F	F	F
Marinello Giuseppe F.M.	F	F	F	F	F
Marino Luigi	F	F	F	F	F
Marino Mauro Maria	F	F	F	F	F

760ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Febbraio 2017

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Martelli Carlo	F	F	F	F	F
Martini Claudio	F	F	F	F	F
Marton Bruno	M	M	M	M	M
Mastrangeli Marino Germano	F	F	F	F	F
Matteoli Altero					
Mattesini Donella	F	F	F	F	F
Maturani Giuseppina	F	F	F	F	F
Mauro Giovanni	F	F	F	F	F
Mauro Mario	F	F	F	F	F
Mazzoni Riccardo	F	F	F	F	F
Merloni Maria Paola					
Messina Alfredo					
Micheloni Claudio	F	F	F	F	F
Migliavacca Maurizio					
Milo Antonio					
Mineo Corradino			F	F	F
Minniti Marco	M	M	M	M	M
Minzolini Augusto					
Mirabelli Franco	F	F	F	F	F
Molinari Francesco	F	F	F	F	F
Montevecchi Michela					
Monti Mario	M	M	M	M	M
Morgoni Mario	F	F	F	F	F
Moronese Vilma	F	F	F	F	R
Morra Nicola					
Moscardelli Claudio					
Mucchetti Massimo	F	F	F	F	F
Munerato Emanuela	F	F	F	F	F
Mussini Maria	F	F	F	F	
Naccarato Paolo	F	F	F	F	F
Napolitano Giorgio					
Nencini Riccardo	M	M	M	M	M
Nugnes Paola	M	M	M	M	M
Olivero Andrea	M	M	M	M	M
Orellana Luis Alberto	F	F	F	F	F
Orru' Pamela Giacoma G.	F	F	F	F	F
Padua Venera	F	F	F	F	F
Pagano Giuseppe	F	F	F	F	F
Pagliari Giorgio	F	F	F	F	F
Paglini Sara	F	F	F	F	F
Pagnoncelli Lionello Marco	F	F	F	F	F
Palermo Francesco		F	F	F	F
Palma Nitto Francesco	F	F	F	F	F
Panizza Franco	F	F	F	F	F
Parente Annamaria	F	F	F	F	F
Pegorer Carlo	F	F	F	F	F
Pelino Paola	F	F	F	F	F

760ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Febbraio 2017

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Pepe Bartolomeo	F	F	F	F	F
Perrone Luigi					
Petraglia Alessia	F	F	F	F	F
Petrocelli Vito Rosario	F	F	F	F	F
Pezzopane Stefania					
Piano Renzo	M	M	M	M	M
Piccinelli Enrico	F	F	F	F	F
Piccoli Giovanni	F	F	F	F	F
Pignedoli Leana	F	F	F	F	F
Pinotti Roberta	M	M	M	M	M
Pizzetti Luciano	M	M	M	M	M
Puglia Sergio	F	F	F	F	F
Puglisi Francesca	F	F	F	F	F
Puppato Laura	M	M	M	M	M
QuagliarIELLO Gaetano	F	F	F	F	F
Ranucci Raffaele	F	F	F	F	F
Razzi Antonio	M	M	M	M	M
Repetti Manuela					
Ricchiuti Lucrezia	F	F	F	F	F
Rizzotti Maria	F	F	F	F	F
Romani Maurizio					
Romani Paolo	M	M	M	M	M
Romano Lucio					
Rossi Gianluca	F	F	F	F	F
Rossi Luciano	F	F	F	F	F
Rossi Mariarosaria					
Rossi Maurizio	F	F	F	F	F
Rubbia Carlo	M	M	M	M	M
Russo Francesco	F	F	F	F	F
Ruta Roberto	F	F	F	F	F
Ruvolo Giuseppe					
Sacconi Maurizio					
Saggese Angelica					
Sangalli Gian Carlo	F	F	F	F	F
Santangelo Vincenzo	F	F	F	F	F
Santini Giorgio	F	F	F	F	F
Scalia Francesco	F	F	F	F	F
Scavone Antonio Fabio Maria					
Schifani Renato	M	M	M	M	M
Sciascia Salvatore					
Scibona Marco	F	F	F	F	F
Scilipoti Isgro Domenico					
Scoma Francesco					
Serafini Giancarlo	F	F	F	F	F
Serra Manuela	F	F	F	F	F
Sibilia Cosimo					
Silvestro Annalisa	F	F	F	F	F

760ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Febbraio 2017

(F)=Favorevole (C)=Contrario (A)=Astenuto (V)=Votante (M)=Cong/Gov/Miss (P)=Presidente (R)=Richiedente la votazione e non votante					
Nominativo	1	2	3	4	5
Simeoni Ivana					
Sollo Pasquale					
Sonego Lodovico	F	F	F	F	F
Spilabotte Maria					
Sposetti Ugo	F	F	F	F	F
Stefani Erika					
Stefano Dario	F	F	F	F	F
Stucchi Giacomo	M	M	M	M	M
Susta Gianluca					
Tarquinio Lucio Rosario F.	M	M	M	M	M
Taverna Paola					
Tocci Walter	F	F	F	F	F
Tomaselli Salvatore	F	F	F	F	F
Tonini Giorgio					
Torrisi Salvatore	F	F	F	F	F
Tosato Paolo					
Tremonti Giulio					
Tronti Mario	F	F	F	F	F
Turano Renato Guerino	F	F	F	F	F
Uras Luciano	F	F	F	F	F
Vaccari Stefano	F	F	F	F	F
Vacciano Giuseppe	F	F	F	F	F
Valdinosi Mara	F	F	F	F	F
Valentini Daniela	F	F	F	F	F
Vattuone Vito	F	F	F	F	F
Verdini Denis					
Verducci Francesco	F	F	F	F	F
Vicari Simona	M	M	M	M	M
Viceconte Guido	F	F	F	F	F
Villari Riccardo					
Volpi Raffaele					
Zanda Luigi	F	F	F	F	F
Zanoni Magda Angela	F	F	F	F	F
Zavoli Sergio	M	M	M	M	M
Zeller Karl			F	F	F
Zin Claudio					
Zizza Vittorio	F	F	F	F	F
Zuffada Sante	F	F	F	F	F

Congedi e missioni

Sono in congedo i senatori: Anitori, Battista, Bencini, Bubbico, Cantini, Capacchione, Cassano, Cattaneo, Chiavaroli, Cirinnà, Dalla Zuanna, Della Vedova, De Poli, Di Giorgi, Di Maggio, D'Onghia, Fattorini, Fissore,

Fravezzi, Gentile, Monti, Nencini, Nugnes, Olivero, Piano, Pizzetti, Rubbia, Schifani, Stucchi, Tarquinio, Vicari e Zavoli.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Casson, Crimi, Esposito Giuseppe, Marton e Romani Paolo, per attività del Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica; Vaccari, per attività della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali, anche straniere; Puppato, per attività della Commissione parlamentare d'inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti e su illeciti ambientali ad esse correlati; Razzi, per attività dell'Unione interparlamentare.

Commissione parlamentare d'inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti e su illeciti ambientali ad esse correlati, trasmissione di documenti

Il Presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti e su illeciti ambientali ad esse correlati, con lettera in data 8 febbraio 2017, ha inviato - ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 7 gennaio 2014, n. 1 - la relazione sull'inquinamento da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcune aree della regione Veneto, approvata dalla Commissione stessa nella seduta dell'8 febbraio 2017.

Il predetto documento è stampato e distribuito (*Doc. XXIII*, n. 24).

Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati

Ministro coesione Mezzogiorno
Presidente del Consiglio dei ministri
(Governo Gentiloni Silveri-I)
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243, recante interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno (2692)
(presentato in data 10/2/2017);
C.4200 approvato dalla Camera dei deputati.

Disegni di legge, annuncio di presentazione

DDL Costituzionale
senatore Tremonti Giulio
Introduzione nella Costituzione italiana del principio di sovranità rispetto all'ordinamento dell'Unione europea (2693)
(presentato in data 10/2/2017).

Disegni di legge, assegnazione

In sede referente

5ª Commissione permanente Bilancio

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243, recante interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno (2692)

previ pareri delle Commissioni 1° (Affari Costituzionali), 2° (Giustizia), 3° (Affari esteri, emigrazione), 4° (Difesa), 6° (Finanze e tesoro), 7° (Istruzione pubblica, beni culturali), 8° (Lavori pubblici, comunicazioni), 9° (Agricoltura e produzione agroalimentare), 10° (Industria, commercio, turismo), 11° (Lavoro, previdenza sociale), 12° (Igiene e sanità), 13° (Territorio, ambiente, beni ambientali), 14° (Politiche dell'Unione europea), Commissione parlamentare questioni regionali; È stato inoltre deferito alla 1° Commissione permanente, ai sensi dell'articolo 78, comma 3, del Regolamento.

C.4200 approvato dalla Camera dei deputati
(assegnato in data 10/02/2017).

Governo, trasmissione di atti e documenti

Il Ministro dell'economia e delle finanze, con lettera in data 7 febbraio 2017, ha inviato, ai sensi dell'articolo 1, della legge 10 maggio 1983, n. 212, il decreto concernente la determinazione, per l'anno 2017, dei contingenti massimi nei vari gradi del personale appartenente ai ruoli Ispettori e Sovrintendenti della Guardia di finanza.

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 6ª Commissione permanente (Atto n. 941).

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con lettera in data 9 febbraio 2017, ha inviato, ai sensi dell'articolo 19, comma 1, della legge 30 marzo 2001, n. 152, la relazione sulla costituzione e sul riconoscimento degli istituti di patronato e di assistenza sociale, nonché sulle strutture, sulle attività e sull'andamento economico degli istituti stessi, relativa all'anno 2015.

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 5ª e alla 11ª Commissione permanente (*Doc. CXCIII*, n. 4).

Garante del contribuente, trasmissione di atti

Con lettera pervenuta in data 1° febbraio 2017, è stata inviata, ai sensi dell'articolo 13, comma 13-*bis*, della legge 27 luglio 2000, n. 212, la relazione sull'attività svolta nell'anno 2016 dal Garante del contribuente del Piemonte.

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 6^a Commissione permanente (Atto n. 942).

Corte dei conti, trasmissione di documentazione

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 7 febbraio 2017, ha inviato la deliberazione n. 22/2016/G - relazione concernente "Gli esiti dell'attività di controllo svolta nel 2015".

La predetta deliberazione è stata trasmessa, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 5^a Commissione permanente (Atto n. 943).

Parlamento europeo, trasmissione di documenti

Il Vice Segretario generale del Parlamento europeo, con lettera in data 7 febbraio 2017, ha inviato il testo di diciannove risoluzioni approvate dal Parlamento stesso nel corso della tornata dal 12 al 15 dicembre 2016:

una risoluzione sulla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce condizioni specifiche per la pesca degli stock di acque profonde nell'Atlantico nord-orientale e disposizioni relative alla pesca nelle acque internazionali dell'Atlantico nord-orientale e che abroga il regolamento (CE) n. 2347/2002 del Consiglio (*Doc. XII*, n. 1104). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3^a, alla 9^a e alla 14^a Commissione permanente;

una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che sostituisce gli elenchi delle procedure di insolvenza e degli amministratori delle procedure di insolvenza negli allegati A e B del regolamento (UE) 2015/848 relativo alle procedure di insolvenza (*Doc. XII*, n. 1105). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 2^a, alla 3^a, alla 6^a e alla 14^a Commissione permanente;

una risoluzione relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che abroga il regolamento (CEE) n. 1192/69 del Consiglio relativo alle norme comuni per la normalizzazione dei conti delle aziende ferroviarie (*Doc. XII, n. 1106*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 8ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (CE) n. 1370/2007 relativamente all'apertura del mercato dei servizi di trasporto ferroviario nazionale di passeggeri (*Doc. XII, n. 1107*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 8ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione della direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2012/34/UE per quanto riguarda l'apertura del mercato dei servizi di trasporto ferroviario nazionale di passeggeri e la *governance* dell'infrastruttura ferroviaria (*Doc. XII, n. 1108*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 8ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un quadro normativa per l'accesso al mercato dei servizi portuali e la trasparenza finanziaria dei porti (*Doc. XII, n. 1109*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 8ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (CE) n. 539/2001 del Consiglio che adotta l'elenco dei paesi terzi i cui cittadini devono essere in possesso del visto all'atto dell'attraversamento delle frontiere esterne e l'elenco dei paesi terzi i cui cittadini sono esenti da tale obbligo (revisione del meccanismo di sospensione) (*Doc. XII, n. 1110*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 1ª, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione concernente il progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione del protocollo dell'accordo euromediterraneo che istituisce un'associazione tra la Comunità europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Repubblica algerina democratica e popolare, dall'altra, riguardante un accordo quadro tra l'Unione europea e la Repubblica algerina democratica e popolare sui principi generali della partecipazione della Repubblica algerina democratica e popolare ai programmi dell'Unione (*Doc. XII, n.*

1111). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulla situazione dei diritti fondamentali nell'Unione europea nel 2015 (*Doc. XII, n. 1112*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente, nonché alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani;

una risoluzione concernente il progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione di un protocollo dell'accordo di partenariato e cooperazione che definisce un partenariato tra le Comunità europee e i loro Stati membri, da un lato, e la Repubblica di Uzbekistan, dall'altro, che modifica l'accordo al fine di estendere le disposizioni al commercio bilaterale dei tessili, tenendo conto della scadenza dell'accordo bilaterale sui tessili (*Doc. XII, n. 1113*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 10ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione non legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativo alla conclusione di un protocollo all'accordo di partenariato e di cooperazione tra le Comunità europee e i loro Stati membri, da una parte, e la Repubblica dell'Uzbekistan, dall'altra, che modifica l'accordo per estendere le disposizioni dello stesso al commercio bilaterale dei tessili, tenendo conto della scadenza dell'accordo bilaterale sui tessili (*Doc. XII, n. 1114*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 10ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione, a nome dell'Unione, del protocollo di adesione all'accordo commerciale tra l'Unione europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Colombia e il Perù, dall'altra, per tener conto dell'adesione dell'Ecuador (*Doc. XII, n. 1115*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 10ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo tra l'Unione europea e il Regno di Norvegia sul reciproco accesso alle zone di pesca nello Skagerrak per le navi battenti bandiera danese, norvegese e svedese (*Doc. XII, n. 1116*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 9ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione non legislativa sul progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo tra l'Unione europea e il Regno di Norvegia sul reciproco accesso alle zone di pesca nello Skagerrak per le navi battenti bandiera danese, norvegese e svedese (*Doc. XII, n. 1117*). Il pre-

detto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 9ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sui casi dell'accademia buddista tibetana Larung Gar e di Ilham Tohti (*Doc. XII, n. 1118*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente, nonché alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani;

una risoluzione sulla situazione della minoranza rohingya in Myanmar/Birmania (*Doc. XII, n. 1119*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente, alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani;

una risoluzione sulle fosse comuni in Iraq (*Doc. XII, n. 1120*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente, nonché alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani;

una risoluzione sul progetto di direttiva di esecuzione della Commissione che modifica gli allegati da I a V della direttiva del Consiglio 2000/29/CE concernente le misure di protezione contro l'introduzione nella Comunità di organismi nocivi ai vegetali o ai prodotti vegetali e contro la loro diffusione nella Comunità (*Doc. XII, n. 1121*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 9ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulle attività della commissione per le petizioni relative al 2015 (*Doc. XII, n. 1122*). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 1ª, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente.

Interpellanze

CANDIANI, ARRIGONI - *Ai Ministri delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare* - Premesso che:

a partire dal 24 agosto 2016, i comuni delle regioni di Lazio, Umbria, Marche e Abruzzo sono continuamente e duramente colpiti da un diffuso ed anomalo sciame sismico, che sta minando la vita delle persone e delle famiglie mettendole a durissima prova, sia sotto l'aspetto psicologico, che rispetto alle condizioni di vita e di lavoro, in quanto è stato duramente danneggiato il tessuto economico e produttivo delle zone interessate;

nel periodo dal 15 al 24 gennaio 2017, si sono aggiunte eccezionali nevicate, registrando un fenomeno tra i più intensi degli ultimi 100 anni, con

20 milioni di tonnellate di neve caduta al suolo solo in Abruzzo, andando a peggiorare ulteriormente un territorio reso già fragile dal terremoto. Nelle aree colpite di Lazio, Umbria, Marche e Abruzzo sono state sepolte dalla neve circa 3.000 aziende agricole e stalle, molte delle quali danneggiate e persino crollate, determinando, unitamente alla prolungata disalimentazione delle utenze elettriche e all'impercorribilità delle strade, enormi difficoltà a raggiungere il bestiame per alimentarlo, mungerlo, abbeverarlo;

a distanza di 5 mesi dalle prime scosse di agosto 2016, circa il 15 per cento delle strutture di protezione degli animali è stato completato. La situazione è insostenibile, sia per gli uomini, sia per gli animali, che sono rimasti nelle campagne, dove si registrano pesanti ritardi ed inefficienze burocratiche;

gli allevatori, a tutt'oggi, non sanno ancora dove ricoverare mucche, maiali e pecore (sono circa 100.000 gli animali allevati) costretti al freddo, con il rischio di malattie o morti o nelle strutture pericolanti, che stanno cedendo sotto il peso della neve e delle nuove scosse. Sarebbero 1.000 gli animali morti, feriti e abortiti nelle zone terremotate;

vi sono stalle dove ancora oggi occorre garantire l'operatività degli impianti di mungitura e abbeveraggio, ma anche la consegna dei mangimi per l'alimentazione del bestiame, fino ad arrivare al trasferimento degli stessi su mezzi idonei ed alla loro sistemazione in nuovi ricoveri;

esistono diversi comuni delle suddette regioni che, pur interessati dagli eventi sismici e meteorologici del gennaio 2017, non sembrano, però, essere ricompresi nel cratere sismico di cui agli allegati 1 e 2 del decreto-legge 17 ottobre 2016, n. 189, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 dicembre 2016, n. 229, nonché ulteriori zone che risultano colpite esclusivamente dagli eventi meteorologici e sulle quali non sembra sia stato adottato alcun provvedimento;

la delibera del Consiglio dei ministri del 20 gennaio 2017 estende gli effetti della dichiarazione di stato di emergenza, adottato con la delibera del 25 agosto 2016, anche agli eventi sismici del 18 gennaio 2017, che hanno colpito nuovamente il territorio delle regioni Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria, colpiti anche dagli eccezionali fenomeni meteorologici a partire dalla seconda decade dello stesso mese;

si deve dare la possibilità alle zone "escluse" dal cratere, come definito dal decreto-legge n. 189 del 2016, di accedere alle medesime provvidenze per le zone terremotate previste dallo stesso "decreto-legge terremoto";

il regolamento delegato (UE) n. 2016/1613 della commissione dell'8 settembre 2016 prevede un aiuto eccezionale di adattamento per i produttori di latte e gli allevatori di altri settori zootecnici;

risulta che sia in fase di determinazione il decreto del Ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali che da attuazione al regolamento delegato (UE) n. 2016/1613, al fine di assicurare la continuità produttiva delle

attività zootecniche che operano nei comuni di cui all'articolo 1 del decreto-legge n. 189 del 2016;

il PSR (programma di sviluppo rurale) è un programma settennale di finanziamenti europei che nasce dal regolamento (UE) n. 1305/2013. Il programma è ormai la più importante fonte di contributi e di sostegno per gli imprenditori agricoli e forestali. Grazie ad esso gli imprenditori agricoli e forestali possono realizzare progetti e investimenti per il miglioramento delle proprie aziende e del settore agro-forestale;

le domande di contributo al PSR vengono presentate prevalentemente *on line* e vista la difficoltà nelle comunicazioni e, in alcuni casi, il perdurare di problemi di collegamento *internet*, nonché l'impossibilità per molti agricoltori di fare una stima dei danni in tempi brevi, al fine di inserire detti dati nella domanda, questi attualmente non si trovano nelle condizioni di presentare le domande entro la scadenza stabilita;

nelle regioni interessate di Lazio, Umbria, Marche e Abruzzo è operativo il dispositivo di intervento del servizio nazionale della Protezione civile, che si era attivato a seguito dell'evento del 24 agosto 2016, e che si è rimodulato per fronteggiare le nuove e ulteriori esigenze sopravvenute. Sembra, però, che non sia sufficiente a far fronte a tutte le esigenze delle popolazioni e degli allevatori delle regioni;

gli agricoltori, ma soprattutto gli allevatori abruzzesi, colpiti dalla situazione eccezionale creata dal terremoto continuo e dalle calamità atmosferiche, che hanno pesantemente compromesso la sopravvivenza delle attività, attendono immediati e concreti provvedimenti, prima che sia troppo tardi per salvare il salvabile,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo non ritengano quanto mai opportuno che le provvidenze previste, sia dal decreto-legge n. 189 del 2016, che dal prossimo decreto ministeriale di attuazione del regolamento delegato (UE) n. 2016/1613, siano estese anche a quelle zone ubicate nelle regioni Lazio, Umbria, Marche e Abruzzo, che sono poste al di fuori del cratere sismico, come individuato dal suddetto decreto-legge, ma che, al tempo stesso, hanno subito danni in misura rilevante dagli eventi sismici e meteorologici del gennaio 2017;

visto il perdurare delle condizioni di emergenza nel quale insistono le regioni del Centro Italia a seguito degli eventi che si susseguono e continuano a susseguirsi dal 24 agosto 2016, se non intendano, per quanto di competenza, prevedere forme di semplificazione, sia amministrativa che burocratica, al fine di dare tempi certi e rapidi per l'istruttoria delle pratiche finanziarie e per il rilascio di autorizzazioni, per agevolare nelle procedure gli agricoltori che si trovano attualmente nell'impossibilità di presentare le domande e dare loro un sollecito ristoro economico, perché possano riprendere quanto prima l'attività agricola e condizioni di vita le più prossime possibili alla normalità;

se non ritengano appropriato prevedere anche forme di esenzione da bolli, imposte e tasse per l'istruttoria delle pratiche di richiesta di rimborsi, autorizzazioni, eccetera;

se non intendano porre in essere interventi, nell'ambito delle rispettive competenze, affinché le Regioni interessate dai recenti eventi sismici e atmosferici prevedano di prorogare, almeno di 90 giorni, tutti gli attuali termini di scadenza previsti per le misure del programma di sviluppo rurale, al fine di permettere agli agricoltori, attualmente nell'impossibilità di assolvere alle procedure per la presentazione delle domande di contributo, di accedervi;

se intendano potenziare ulteriormente la presenza, nelle zone interessate dal sisma del Centro Italia, del dispositivo di intervento del servizio nazionale della Protezione civile, affinché possano provvedere ad aiutare gli agricoltori nella risoluzione di uno dei primi e più importati problemi logistici che gli allevatori stanno affrontando in continua emergenza, potendo solo contare sulla generosità ed aiuto di altrettanti agricoltori di altre zone del Paese, ovvero l'alimentazione degli animali e la ricostruzione delle stalle.

(2-00446)

Interrogazioni

GIROTTO, PETROCELLI, CAPPELLETTI, DONNO, LUCIDI, SCIBONA, SANTANGELO, CASTALDI, SERRA, PUGLIA, MORRA, PAGLINI, GIARRUSSO, MORONESE - *Ai Ministri degli affari esteri e della cooperazione internazionale e dello sviluppo economico* - Premesso che:

in seguito all'esito del *referendum* del 1987 che portò alla chiusura della produzione di energia nucleare in Italia, ai sensi del decreto legislativo 16 marzo 1999, n. 79, viene costituita la Sogin (Società gestione impianti nucleari), la società di Stato responsabile del *decommissioning* degli impianti nucleari italiani e della gestione dei rifiuti radioattivi, compresi quelli prodotti dalle attività industriali, di ricerca e di medicina nucleare, un'attività svolta per garantire la sicurezza dei cittadini, salvaguardare l'ambiente e tutelare le generazioni future;

oltre alle 4 centrali nucleari italiane di Trino (Vercelli), Caorso (Piacenza), Latina e Garigliano (Caserta) e all'impianto dell'ex FN di Bosco Marengo (Alessandria), la Sogin gestisce il *decommissioning* degli ex impianti di ricerca Enea Eurex di Saluggia (Vercelli), Opec e Ipu di Casaccia (Roma) e Itrec di Rotondella (Matera). Ad essa è affidata anche la responsabilità del combustibile trattato in Francia, che dovrà rientrare in Italia entro il 2025, quello trattato in Inghilterra, che potrebbe rientrare nel 2022, e per il quale

sono già in corso le trattative per la proroga della scadenza, e di quello conservato nella piscina dell'impianto Itrec, per i quali vi è una trattativa per il rimpatrio del combustibile verso gli Stati Uniti;

un approfondimento sulla situazione del combustibile allocato in Gran Bretagna e su quello stoccato nel centro di Rotondella si è tenuto nel corso dell'audizione informale di rappresentanti di Sogin presso la 10ª Commissione permanente (Industria, commercio, turismo) del Senato del 16 novembre 2016 e nelle risposte alle domande depositate;

considerato che;

in merito allo stato giuridico del combustibile di Elk River (Minnesota) attualmente custodito nelle piscine del centro della Trisaia di Rotondella (Matera), la Sogin ha riferito che con il gestore dei siti Enea, nel 2004 tentò nuovamente, con il DOE (Department of energy) statunitense, il rimpatrio tramite il progetto Global threat reduction initiative (GTRI); parallelamente, furono avviati contatti a livello governativo Italia-USA che si conclusero negativamente nel 2006;

a valle della positiva conclusione dei tre progetti GTRI Sogin del 2012, 2013 e 2014, la NNSA (National nuclear security administration) ha manifestato il proprio interesse ad avviare altri progetti di rimpatrio. Per il Governo italiano l'avvio di tali progetti doveva essere subordinato ad un accordo intergovernativo Italia-USA per il trattamento congiunto, da svolgere in USA, insieme agli elementi Elk River stoccati in piscina a Savannah River. Allo stato attuale, gli Stati Uniti hanno respinto il rientro dei 64 elementi di combustibile che non fanno parte del programma M3 (ex GTRI);

oltre al combustibile nucleare presente nel centro di Rotondella (Matera), nel territorio italiano è custodito diverso materiale statunitense. Nei prossimi giorni, il Dipartimento sicurezza, disarmo e non proliferazione del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale ha convocato un incontro con i dicasteri e gli enti responsabili della gestione del materiale nucleare al fine di organizzare la visita richiesta dal DOE USA per consultazioni sullo stato di protezione fisica del materiale nucleare di origine americana custodito in Italia;

la delegazione americana è interessata a visitare il centro ricerca Casaccia dell'Enea, l'impianto Eurex di Saluggia e il laboratorio di energia nucleare applicata dell'Università di Pavia,

si chiede di sapere:

quali siano motivi che avrebbero giustificato il rifiuto degli USA al rientro dei 64 elementi di combustibile e a chi appartenga giuridicamente il combustibile di Elk River tuttora presente nel centro Sogin a Trisaia di Rotondella;

quanto combustibile rientrante nel programma GTRI (M3) sia stato restituito agli USA e quanto sia rimasto presso il centro di Trisaia di Rotondella;

quali siano i motivi per cui l'avvio dei progetti dovesse essere subordinato ad un accordo intergovernativo e, in particolare, se lo stesso fosse giustificato dall'acquisizione *know-how* sul processo o da altre ragioni;

quali iniziative di competenza i Ministri in indirizzo intendano intraprendere al fine di rimpatriare in USA il materiale presente nel territorio italiano, compreso il combustibile di Elk River.

(3-03487)

GIROTTO, PETROCELLI, CAPPELLETTI, DONNO, LUCIDI, SCIBONA, SANTANGELO, CASTALDI, SERRA, PUGLIA, MORRA, PAGLINI, GIARRUSSO, MORONESE - *Ai Ministri degli affari esteri e della cooperazione internazionale e dello sviluppo economico* - Premesso che:

in seguito all'esito del *referendum* del 1987 che portò alla chiusura della produzione di energia nucleare in Italia, ai sensi del decreto legislativo 16 marzo 1999, n. 79, viene costituita la Sogin (Società gestione impianti nucleari), la società di Stato responsabile del *decommissioning* degli impianti nucleari italiani e della gestione dei rifiuti radioattivi compresi quelli prodotti dalle attività industriali, di ricerca e di medicina nucleare, un'attività svolta per garantire la sicurezza dei cittadini, salvaguardare l'ambiente e tutelare le generazioni future;

oltre alle 4 centrali nucleari italiane di Trino (Vercelli), Caorso (Piacenza), Latina e Garigliano (Caserta) e all'impianto dell'ex FN di Bosco Marengo (Alessandria), la Sogin gestisce il *decommissioning* degli ex impianti di ricerca Enea Eurex di Saluggia (Vercelli), Opec e Ipu di Casaccia (Roma) e Itrec di Rotondella (Matera). Ad essa è affidata anche la responsabilità del combustibile trattato in Francia, che dovrà rientrare in Italia entro il 2025, quello trattato in Inghilterra, che potrebbe rientrare nel 2022 e per il quale sono già in corso le trattative per la proroga della scadenza, e di quello conservato nella piscina dell'impianto Itrec, per i quali vi è una trattativa per il rimpatrio del combustibile verso gli Stati Uniti;

un approfondimento sulla situazione del combustibile allocato in Gran Bretagna e su quello stoccato nel centro di Rotondella si è tenuto nel corso dell'audizione informale di rappresentanti di Sogin presso la 10a Commissione permanente (Industria, commercio, turismo) del Senato del 16 novembre 2016 e nelle risposte alle domande depositate;

considerato che;

in merito alla trattativa del combustibile in Gran Bretagna, la Sogin ha dichiarato di aver da poco "rinnovato i contratti di stoccaggio e allo stato attuale il rientro è previsto a partire dal primo semestre del 2022. In caso di mancato rientro, ogni anno in più avrà carattere oneroso. Le condizioni economiche sono oggetto di trattativa". Per Sogin, la data indicativa del 2025 riguarda una direttiva del Ministero dello sviluppo economico che invita ad organizzare il rientro dal Regno Unito in tempi coerenti rispetto al rientro

dei residui radioattivi dalla Francia e con la disponibilità del deposito nazionale;

in Gran Bretagna sono state riprocessate 1.600 tonnellate di combustibile irraggiato italiano a Sellafield, 920 tonnellate sono relative a contratti anteriori al 1976, mentre 680 tonnellate circa sono relative ai due contratti sottoscritti dall'ENEL dopo quella data: un contratto del 1979, per combustibile Magnox della centrale di Latina (573 tonnellate), e un contratto del 1980, per combustibile delle centrali di Trino e Garigliano (rispettivamente 52 e 54 tonnellate circa). Il riprocessamento ha prodotto circa 5.500 metri cubi di rifiuti radioattivi, e più precisamente 17,3 metri cubi di rifiuti ad alta attività, 847 metri cubi di rifiuti a media attività e 4.626 metri cubi di rifiuti a bassa attività. Sono questi i volumi che dovrebbero rientrare in Italia;

dalla "Relazione sulla gestione dei rifiuti radioattivi in Italia e sulle attività connesse" della Commissione di inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti e su illeciti ambientali, approvata dal Parlamento nel dicembre 2012, emerge che la parte inglese offre come opzione la possibilità di sostituire i rifiuti a bassa e media attività, che vengono condizionati in matrici cementizie, con quantità radiologicamente equivalenti di rifiuti ad alta attività, condizionati in vetro;

secondo le valutazioni fatte dalla Sogin, la sostituzione azzererebbe il volume di rifiuti a bassa e media attività da ricevere, elevando il volume di quelli ad alta attività solo da 17,3 a 18,7 metri cubi, e si tratterebbe di un incremento che non modificherebbe il numero dei contenitori, che sarebbero comunque necessari (4,2 per i rifiuti prodotti dal combustibile di Latina, uno per ciascuno per quello di Trino e del Garigliano). La maggiore quantità andrebbe infatti a colmare i vuoti all'interno dei contenitori stessi, lasciando quindi immutato il volume effettivo;

l'opzione di sostituzione offerta dalla Nuclear decommissioning authority (NDA), l'ente pubblico con funzioni analoghe a quelle dell'italiana Sogin, è ovviamente a titolo oneroso: per i quantitativi di rifiuti destinati a rientrare in Italia il costo della sostituzione sarebbe pari a circa 150 milioni di sterline;

una valutazione complessiva dei costi derivanti dalla spedizione di tutti i rifiuti, senza sostituzione, effettuata dalla Sogin, mostra una cifra pari a circa 270 milioni di sterline, alla quale andrebbe poi sommata quella necessaria per il deposito;

considerato infine che:

sulla base di una valutazione comparativa dei costi da sostenere nel breve e nel lungo periodo, il Governo ha scelto l'opzione di sostituzione e, tenuto conto degli aspetti di sicurezza, di radioprotezione e di protezione dell'ambiente;

il Ministro dello sviluppo economico, accogliendo la proposta avanzata dalla Sogin, ha emanato in data 10 agosto 2009 una direttiva con la quale impegna la Sogin stessa a definire con la NDA un accordo di sostitu-

zione in cui vengano fissati anche i tempi di rientro dei rifiuti ad alta attività coerenti con gli analoghi tempi indicati negli accordi presi con la Francia,

si chiede di sapere:

se la trattativa per il rinnovo dei contratti di stoccaggio con il Regno Unito riguardi anche l'opzione di sostituzione, come indicata dal Governo, e quali siano le condizioni stipulate nell'accordo;

a quanto ammonti l'importo del rinnovo del contratto e se vi siano state valutazioni economiche da parte di Sogin sulla fattibilità dei costi sostenuti.

(3-03488)

BARANI - *Ai Ministri della salute, dell'economia e delle finanze, dell'interno e della difesa* - Premesso che, secondo quanto risulta all'interrogante:

secondo quanto reso noto da organi di stampa, in data 3 febbraio 2017, su mandato della Procura di Pavia, l'Aifa è stata oggetto di un sopralluogo da parte dei Carabinieri;

il motivo di tale ispezione riguarderebbe fatti attinenti al vaccino contro l'epatite C, farmaco registrato come Sovaldi;

i militari dell'Arma si sarebbero trattenuti presso gli uffici dell'Aifa per circa 12 ore per questioni attinenti al prezzo di mercato del farmaco;

l'indagine, secondo quanto risulta, riguarderebbe anche una gara d'appalto di diversi milioni di euro gestita dal dipendente Consip, ora distaccato all'Aifa, signor Polifrone, circa una gara che ha visto vincere la società Almaviva;

considerato che:

il costo del Sovaldi è stato contrattato dal direttore generale *pro tempore* Pani, che però non risulta essere firmatario dell'accordo raggiunto con il produttore del farmaco;

Polifrone era il responsabile Consip per le gare dell'Aifa;

sia Polifrone che sua moglie sono stati assunti a tempo determinato nell'Agenzia,

si chiede di sapere:

quali gare il Polifrone abbia gestito nella Consip per conto dell'Aifa;

se i Ministri in indirizzo abbiano informazioni circa l'esito dell'indagine effettuata dall'Arma dei Carabinieri;

se non ritengano quantomeno opportuno attivarsi, per quanto di competenza, al fine di richiamare il citato Polifrone in servizio presso la Consip.

(3-03489)

CARDIELLO - *Al Ministro della giustizia* - Premesso che:

sebbene l'amministrazione della giustizia sia di competenza dello Stato, sovente accade che i Comuni si facciano carico di taluni oneri di spesa del servizio giudiziario;

infatti, l'ente locale di fronte all'alternativa di una soppressione di un ufficio giudiziario, la cui presenza è ritenuta di primaria importanza per la comunità locale, propone al Ministero della giustizia di provvedere con risorse proprie al suo funzionamento, mettendo a disposizione locali e personale qualificato per svolgere il servizio di cancelleria e cercando di superare il rischio serio, reale e concreto, di perdere il servizio offerto dal giudice di pace, proponendo ai propri dipendenti, se non reca danno al buon funzionamento dell'amministrazione comunale, di accettare l'opportunità di percorsi di riconversione dei loro profili professionali;

evidenziato che riveste grande importanza per qualsiasi ente locale l'ufficio del giudice di pace, funzionale a snellire i tempi della giustizia civile e a garantire la rapida risoluzione a controversie di piccola entità;

ricordato che, a quanto risulta all'interrogante:

nel passato, l'amministrazione comunale di Eboli (Salerno) con delibera di Giunta comunale del 26 aprile 2013 e con successivo atto di assegnazione del personale per le predette funzioni, si era attivata per mantenere nel comune la sede dell'ufficio del giudice di pace. La Giunta municipale, supportata anche dall'associazione forense "Valle del Sele", difatti, pur di garantire ai cittadini tale importante servizio giudiziario, si rese disponibile, con proprio atto deliberativo, a farsi carico delle spese relative al funzionamento ed alla sede che avrebbe accolto l'ufficio;

il Ministero della giustizia, dopo aver disposto la soppressione della sezione distaccata del Tribunale di Eboli, ha ora decretato anche la soppressione dell'ufficio del giudice di pace che, se attuata, porterà gravi disagi non solo ai cittadini del comune, ma anche a coloro che risiedono nei centri limitrofi;

il Ministero ha reso nota la soppressione dell'ufficio del giudice di pace di Eboli, mentre gli addetti della presidenza del Tribunale di Salerno verificavano la fattibilità del trasferimento della sede giudiziaria nei locali dell'ex Tribunale di Eboli;

nel 2016, vi sono stati Comuni che, in sede di Consiglio di Stato, si sono visti accogliere la sospensiva sulla decisione del Tar, che aveva respinto il ricorso da loro presentato contro la chiusura dell'ufficio del giudice di pace,

si chiede di sapere:

quali utili provvedimenti intenda adottare il Ministro in indirizzo, al fine di scongiurare la chiusura degli uffici del giudice di pace di Eboli (Salerno) e non aggravare il carico di lavoro degli omologhi di Salerno;

se, a seguito di revoca in autotutela del decreto ministeriale di chiusura, sia valutata con favorevole parere la dislocazione degli uffici del giudice di pace nei locali ospitanti l'ex sezione distaccata del Tribunale di Eboli.

(3-03490)

FATTORI, DONNO, MORONESE, PUGLIA, GIARRUSSO, PAGLINI, SCIBONA - *Ai Ministri delle politiche agricole alimentari e forestali, dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e della salute* - Premesso che:

in materia di OGM (organismi geneticamente modificati), dall'inizio della XVII Legislatura, l'indirizzo del Parlamento è stato chiaramente avverso allo sviluppo delle colture transgeniche nel nostro Paese;

la modifica alla direttiva di riferimento, 2001/18/CE, sfociata nella direttiva 2015/412/UE, dà la possibilità agli Stati membri di decidere sull'immissione nel proprio territorio di OGM;

considerato che:

il Parlamento italiano ha adottato un elevato numero di atti di indirizzo che impegnavano il Governo a prendere posizioni nette rispetto al mais geneticamente modificato prodotto dalle società Monsanto Company (Mon810) e Pioneer (TC1507), che, rispettivamente, richiedono un prolungamento dell'autorizzazione e un'autorizzazione *ex novo*;

inoltre, tali orientamenti hanno visto nel tempo l'emanazione di due decreti interministeriali di divieto di introduzione in agricoltura del Mon810, il decreto 12 luglio 2013 recante "Adozione delle misure d'urgenza ai sensi dell'art. 54 del regolamento (CE) n. 178/2002 concernenti la coltivazione di varietà di mais geneticamente modificato MON 810" e il decreto di proroga del 22 gennaio 2015, entrambi del Ministero della salute di concerto con il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali e con il Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare;

in particolare, il Senato ha impegnato il Governo, contro il Mon810, con l'ordine del giorno G1 (testo 3) alla mozione 1-00042, approvato nella seduta n. 25 del 21 maggio 2013, "ad adottare la clausola di salvaguardia prevista dall'articolo 23 della direttiva 2001/18/CE e/o ad adottare la misura cautelare di cui all'articolo 34 del regolamento (CE) n. 1829/2003, in base alla procedura prevista dall'articolo 54 del regolamento (CE) n. 178/2002, a tutela della salute umana, dell'ambiente e del modello economico e sociale del settore agroalimentare italiano";

relativamente all'autorizzazione, in sede europea, richiesta da Pioneer per l'OGM TC1507, veniva votata presso la 9ª Commissione permanente

(Agricoltura e produzione agroalimentare) del Senato una risoluzione (doc. XXIV, n. 16 del 18 dicembre 2013) che impegnava il Governo: "ad esprimere in sede europea voto negativo nei confronti dell'autorizzazione alla coltivazione del mais TC1507";

considerato inoltre che, a quanto risulta agli interroganti:

il 27 gennaio 2017, era prevista una riunione del Comitato permanente e del Comitato di regolazione in seno all'Unione europea per prorogare l'autorizzazione per il Mon810 e per autorizzare *ex novo* il mais Bt11 e il TC1507;

inoltre, sempre il 27 gennaio 2017, l'agenzia di stampa "Agrapress" informava che "si è tenuta oggi per la prima volta la riunione congiunta del comitato permanente sugli ogm e il comitato di regolazione previsto dalla nuova direttiva comunitaria in materia per discutere, tra gli altri punti all'ordine del giorno, del rinnovo dell'autorizzazione del mais mon810 e dell'autorizzazione dei mais 1507 e bt11. La nuova direttiva (2015/412), che prevede la possibilità di opt-out per gli stati membri che non vogliono coltivare un determinato ogm sul proprio territorio e che era stata pensata per sbloccare il processo decisionale sui prodotti transgenici in realtà non ha dato il risultato sperato, non essendosi formata una maggioranza sufficiente a favore o contro. dodici stati membri hanno votato no alla ri-autorizzazione del mon 810, 10 a favore, e 6 si sono astenuti. per quanto riguarda le autorizzazioni di mais gm 1507 e bt 11, 13 stati membri hanno votato contro, 8 a favore e 7 si sono astenuti. in tutte e tre i casi, a quanto riferiscono autorevoli fonti di stampa, l'Italia ha votato a favore dell'autorizzazione. Adesso, la questione sarà portata nella commissione d'appello";

considerato infine che, a parere degli interroganti:

si evidenzia, dunque, una posizione dell'Italia del tutto favorevole alle autorizzazioni, che non hanno però raggiunto la necessaria maggioranza qualificata, ponendo di nuovo tutto nelle mani della Commissione europea che potrà decidere arbitrariamente, anche se nel voto previsto a luglio 2017 dovesse mancare tale tipo di maggioranza;

altresì, appare palese la violazione degli atti di indirizzo parlamentare, gesto istituzionalmente gravissimo, asseverato, secondo quanto risulta agli interroganti, anche da documentazione interna al Ministero dell'ambiente. Ciò anche in considerazione di una risposta che, come risulta agli interroganti, sarebbe stata fornita a seguito della richiesta della dottoressa Annarita Mosetti del Ministero della salute (protocollo 1177P, indirizzato al Ministero dell'ambiente) dal dottor Carlo Zaghi della Direzione generale per le valutazioni e autorizzazioni ambientali - Dirigente divisione IV - Valutazione e riduzione dei rischi ambientali derivanti da prodotti chimici e organismi geneticamente modificati. In detta risposta si farebbe riferimento a un parere dell'ISPRA (Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale) sul Bt11 e il TC 1507 non ancora reso pubblico, del 24 gennaio 2017, a seguito del quale si propone l'astensione nella votazione per il Bt11 e il TC 1507, in seno al comitato permanente e di una votazione favorevole eventuale in caso

di "proposte da adottare ai sensi della Ce 18/2001"; si sostanzierebbe, dunque, un parere di carattere politico effettuato da un dirigente,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza del risultato delle suddette votazioni e delle indicazioni di voto che sarebbero state date internamente al Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare;

quali siano le motivazioni che giustifichino la circostanza verificata, anche in considerazione del fatto che, a parere degli interroganti, l'azione politica esercitata non rispetterebbe le indicazioni di indirizzo fornite dal Parlamento;

quali siano le intenzioni di voto che saranno esercitate nel corso della citata prossima riunione del comitato permanente prevista per il mese di luglio 2017.

(3-03491)

CAMPANELLA, BOCCHINO - *Ai Ministri dell'interno e dell'istruzione, dell'università e della ricerca* - Premesso che:

nei giorni scorsi, a seguito della misura pensata dall'"Alma Mater" per limitare l'accesso alla biblioteca e all'aula studio al n. 36 di via Zamboni ai soli studenti dell'università di Bologna muniti di *badge*, era stata avviata una raccolta firme promossa dai collettivi studenteschi CUA e LUBo per manifestare la propria contrarietà ad un sistema di controllo "non appartenente alla cultura del 36 che è una cultura accogliente, solidale, meticcias e antirazzista";

in data 2 febbraio 2017 gli stessi comitati studenteschi in un incontro con la prorettrice, professoressa Elena Trombini, con la consegna di 543 sottoscrizioni manifestavano il proprio dissenso e le legittime richieste di far rimuovere i tornelli entro lunedì 6 febbraio 2017;

alle 14.00 di giovedì 9 febbraio 2017, i collettivi hanno deciso di riaprire di propria iniziativa le porte della biblioteca e dell'aula studio proclamandone l'autogestione, dopo averle trovate chiuse a seguito della decisione dell'ateneo come conseguenza all'azione degli studenti che il giorno prima ne avevano smontato i tornelli di accesso;

a seguito della protesta dei collettivi e degli studenti, il rettore, professor Francesco Ubertini, al posto di un incontro chiarificatore, così come voluto dagli studenti, ha richiesto l'intervento degli agenti di Polizia e Carabinieri in tenuta antisommossa che hanno fatto irruzione poco dopo le ore 17.30 spintonando gli studenti che avevano fatto cordone all'ingresso per evitare l'avanzata degli agenti;

alcuni studenti sono scappati subito all'esterno, mentre, superato l'ingresso, Polizia e Carabinieri sono entrati nell'aula studio, dove alcuni attivisti e probabilmente qualche studente stavano studiando. Anche qui è partita una carica con i ragazzi che si sono rifugiati sul soppalco dell'aula e qualcu-

no ha iniziato a lanciare sedie e attaccapanni contro gli agenti che hanno risposto con un'altra carica;

considerato che:

a giudizio degli interroganti, arrivare a far sgomberare una biblioteca dalla Polizia in assetto antisommossa è una scena che rivela un approccio intollerabile in chi gestisce la più antica università d'Italia, non certo un'università qualsiasi;

a parere degli interroganti episodi di repressione siffatti producono un danno enorme anche all'immagine delle forze dell'ordine,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti;

se risulti da chi sia stato impartito l'ordine di caricare il gruppo di studenti manifestanti e quali siano le ragioni a fondamento della decisione;

se non ritengano che il rettore avrebbe dovuto manifestare una maggiore disponibilità al confronto con gli studenti;

quali iniziative di propria competenza intendano intraprendere, qualora risulti che non si sia fatto quanto possibile per evitare l'intervento delle forze dell'ordine;

se e quali misure di propria competenza intendano assumere per evitare che episodi a parere degli interroganti gravissimi come quello descritto possano ripetersi.

(3-03492)

Eva LONGO, BARANI, AMORUSO, RUVOLO - *Ai Ministri del lavoro e delle politiche sociali e della salute* - Premesso che:

è in atto a livello di Direzione generale dell'INPS una riorganizzazione unilaterale dell'area medico-legale che prevede la soppressione di tutti i centri medico-legali che non si trovano nei capoluoghi di provincia. A livello nazionale, Nocera inferiore (Salerno) è uno di questi;

il criterio utilizzato per tale riorganizzazione è quello di concentrare tutta l'attività medico-legale INPS nei soli capoluoghi di provincia, senza tener conto del grave e profondo disagio che si creerebbe per i cittadini;

l'agenzia complessa di Nocera inferiore, nata circa 40 anni fa nella parte occidentale della provincia di Salerno, al confine con la provincia di Napoli, è stata sapientemente e diligentemente voluta dall'INPS proprio per dare una risposta immediata e concreta a questa parte del territorio che si trova lontana e all'estremità opposta da Napoli;

la sede INPS di Nocera inferiore, oggi, tra medici, infermieri ed amministrativi, conta un personale di 65 dipendenti e si trova al centro di un'area dove insistono 11 comuni salernitani con una popolazione di quasi

180.000 abitanti. La sua strategica posizione consente di raggiungerla agevolmente ed in tempi brevi;

è, pertanto, inaccettabile che migliaia di cittadini appartenenti alla categoria più debole e svantaggiata (anziani, pazienti neoplastici, eccetera) debbano affrontare il viaggio per recarsi nel capoluogo per essere sottoposti a visita medico-legale INPS, sostenendo anche dei costi non indifferenti per il trasporto; ciò sarebbe un insensato ed incivile ritorno al passato;

il criterio di lasciare soltanto i centri medico-legali ubicati nei soli capoluoghi di provincia è palesemente smentito dai dati statistici di quello di Nocera inferiore: infatti, per l'anno 2015 il carico di lavoro medico definito da Nocera inferiore è stato notevole;

il centro medico-legale di Nocera inferiore, quindi, pur non trovandosi in un capoluogo di provincia, ha svolto un'attività medica superiore a quella di altri centri;

la popolazione che afferisce al centro è di 179.512 persone (11 comuni);

l'accentramento dell'area medica su Salerno non comporterebbe, inoltre, risparmi per l'Istituto perché vedrebbe un notevole incremento delle visite domiciliari con un vertiginoso aumento dei rimborsi per l'indennità chilometrica, oltre al sicuro notevole allungamento dei tempi di visita e di definizione delle pratiche, a spese di tutti quei cittadini disabili a cui è stato riconosciuto un provvedimento economico. Si assisterebbe ancora ad un inesorabile e vertiginoso aumento dei costi per il contenzioso giudiziario perché da Salerno è impossibile assicurare un'adeguata presenza alle numerosissime visite peritali disposte dal giudice del lavoro del Tribunale del capoluogo;

considerato che:

appare, pertanto, auspicabile che l'Istituto si impegni a salvaguardare l'operatività del centro medico-legale di Nocera inferiore utilizzando criteri e strategie di riorganizzazione dell'area medica che tengano prioritariamente nella dovuta e giusta considerazione i bisogni dei numerosi cittadini di questa importante e consistente parte della provincia di Salerno in un settore particolarmente delicato della medicina qual è quello assistenziale e previdenziale e nel rispetto del decentramento della funzione medica, come è già avvenuto per le commissioni ASP, oggi commissioni mediche integrate delle aziende sanitarie provinciali, presenti da anni nel territorio;

nella relazione DEF dell'area medico-legale è testualmente riportato che "A differenza delle ASL che si occupano di assistenza in termini di diagnosi e cura nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e che quindi necessitano di una territorializzazione correlata alle effettive esigenze di salute del cittadino, l'accesso dell'utenza alle Unità Operative medico legali è limitato al solo, e spesso unico, evento accertativo. La gestione accentrata delle visite INPS non comporta, quindi, in alcun modo reiterati disagi all'utenza,

considerato anche che le situazioni di intrasportabilità per motivi sanitari sono già tutelate con l'effettuazione delle visite domiciliari";

a quanto risulta agli interroganti questa affermazione non corrisponde al vero in quanto le ASL, proprio per venire incontro a questa fascia di popolazione svantaggiata e debole, ha decentrato l'attività medico-legale per l'accertamento dello stato invalidante, la disabilità, l'*handicap* ed il collocamento obbligatorio istituendo numerose commissioni medico-legali, oggi chiamate commissioni mediche integrate (CMI), proprio sul territorio e non, come è intenzione dell'INPS, accentrando nei capoluoghi di provincia;

rilevato che:

per quanto riguarda la collegialità, la trasparenza e l'imparzialità decisionale riportate sempre nella relazione, è doveroso ricordare che questi principi sono legati all'onestà e alla professionalità degli operatori e non certo alle dimensioni delle sedi;

per la carenza di medici strutturati, l'INPS, invece di bandire i concorsi, ha apparentemente risolto sulla carta il problema eliminando i centri medico-legali presenti sul territorio, come quello di Nocera inferiore, concentrandoli nelle sole sedi provinciali,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza del modello di riorganizzazione in atto riguardante l'area medico-legale INPS;

se non ritengano necessario intervenire, ognuno per le proprie competenze, per verificare la congruità e razionalità di un simile modello unilaterale di riorganizzazione teso a penalizzare realtà strategiche e operose come quella di Nocera inferiore;

quali azioni intendano porre in essere affinché, al contrario, venga scongiurato il rischio della soppressione del centro medico-legale di Nocera inferiore.

(3-03496)

MANDELLI, RIZZOTTI, ZUFFADA, SERAFINI, SCILIPOTI I-
SGRÒ, FLORIS, BOCCARDI, PELINO, PICCINELLI, BARANI, AIEL-
LO, BILARDI, DI GIACOMO, D'AMBROSIO LETTIERI, SILVESTRO,
LAI, ROMANO - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

l'art. 17 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, recante "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse", ha istituito la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS) con il compito di giudicare in appello sui ricorsi avverso i provvedimenti disciplinari irrogati dai competenti organi degli ordini provinciali delle professioni sanitarie;

la CCEPS è un organo di giurisdizione speciale, costituito da magistrati, funzionari ministeriali ed esponenti indicati dalle federazioni e collegi delle professioni sanitarie, attesa la peculiarità dei giudizi che coinvolgono gli esercenti le professioni sanitarie, i quali presentano profili di carattere non solo giuridico, ma anche sanitario;

i membri della CCEPS durano in carica 4 anni e possono essere riconfermati; l'attuale Commissione centrale è ormai scaduta da quasi 2 anni, ma non è mai stata ricostituita (essendo necessaria, a tal fine, l'emanazione di un apposito decreto del Presidente della Repubblica), anche perché la Corte di cassazione, con due ordinanze del 15 gennaio 2015, ha sollevato una questione di legittimità costituzionale, in relazione alla corretta composizione di tale organo giurisdizionale;

la Corte di cassazione, in particolare, ha chiesto l'intervento della Corte costituzionale in quanto la presenza di funzionari del Ministero della salute, quali componenti della CCEPS e allo stesso tempo parti necessarie nei procedimenti disciplinari, altererebbe i principi del giusto processo, considerando inoltre che il Ministero nomina alcuni componenti della stessa CCEPS;

la Corte costituzionale, con sentenza n. 215/2016, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della previsione dell'art. 17 del citato decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato, che disciplina la composizione della CCEPS "nelle parti in cui si fa riferimento alla nomina dei componenti di derivazione ministeriale". In particolare, i giudici della Consulta hanno ritenuto che tale nomina potrebbe minare l'indipendenza e imparzialità che connotano l'azione giurisdizionale, in quanto il Ministero della salute è anche parte del procedimento;

considerato, inoltre, che:

le complesse e delicate vicende riportate hanno paralizzato di fatto l'attività della CCEPS, poiché, dopo la citata pronuncia, non è stato adottato alcun provvedimento per definire una composizione della Commissione che rispecchi i requisiti indicati dalla Consulta;

molti provvedimenti disciplinari regolarmente adottati dagli organi delle professioni sanitarie risultano, allo stato, improduttivi di effetti in quanto, ai sensi dell'art. 53 del regolamento di esecuzione del citato decreto legislativo n. 233 del 1946, la semplice proposizione alla CCEPS del ricorso avverso gli stessi provvedimenti disciplinari produce l'effetto di sospendere l'esecutività della sanzione irrogata;

la decisione della Corte riguarda tutte le categorie professionali per le quali la Commissione opera in secondo grado (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, infermieri, ostetriche);

l'impossibilità per la Commissione centrale di esercitare le sue funzioni presenta ripercussioni dirette sui cittadini che rischiano di rivolgersi a professionisti colpevoli di comportamenti, anche gravemente scorretti, ma

di fatto non sanzionabili efficacemente, con l'inevitabile conseguenza di non garantire l'adeguata qualità di importanti prestazioni professionali sanitarie,

si chiede di sapere quale iniziativa il Ministro in indirizzo intenda assumere, al fine di porre rimedio a tale situazione che di fatto priva tutti gli organi delle professioni sanitarie del loro potere disciplinare, rendendo inefficaci le sanzioni legittimamente emesse, con grave rischio per la qualità delle prestazioni professionali e, conseguentemente, per la tutela del diritto alla salute dei cittadini garantito dall'articolo 32 della Costituzione.

(3-03497)

CAMPANELLA, BOCCHINO - *Al Ministro dello sviluppo economico* - Premesso che, a quanto risulta agli interroganti:

da oltre un anno in provincia di Foggia continuano i gravi disservizi relativi alla regolare ricezione della corrispondenza dei cittadini, nonostante il "congelamento" del piano industriale dei Poste italiane SpA (che prevedeva in 5 anni la chiusura di 455 uffici considerati «non economici» e la riduzione degli orari per altri 609), deciso anche a seguito di numerose sentenze del TAR che, su ricorso dei piccoli Comuni, aveva considerato il servizio postale un servizio pubblico indispensabile;

in data 19 gennaio 2017, i sindaci dei comuni di Carlantino, Motta Montecorvino, San Marco la Catola, e Volturara Appula, tutti in provincia di Foggia, hanno inoltrato alla direzione di Poste italiane ed al prefetto di Foggia una nota dove, oltre a lamentare il reiterarsi dei disservizi, nell'ipotizzare una grave interruzione di pubblico servizio, col rischio di numerosi contenziosi giudiziari con gli utenti, si invitavano le autorità preposte a verificare che la corrispondenza postale venisse regolarmente recapitata;

considerato che, a quanto risulta agli interroganti, ad oggi persistono i gravi disservizi, che creano disagi enormi alle popolazioni di quei Comuni, che non vedono recapitarsi in tempi utili lettere, pacchi, bollette ed avvisi di pagamento, eccetera,

si chiede di sapere quali provvedimenti il Ministro in indirizzo intenda assumere nei confronti di Poste italiane SpA per garantire il diritto di tutti i cittadini di ricevere in tempi certi la corrispondenza postale.

(3-03498)

Interrogazioni orali con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento

DI MAGGIO - *Al Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo* - Premesso che, per quanto risulta all'interrogante:

dopo l'indicazione di Matera, dell'ottobre 2014, a capitale europea della cultura per il 2019, il dottor Paolo Verri è stato nominato direttore generale della fondazione "Matera-Basilicata 2019", ente che cura l'attuazione del programma di candidatura;

la fondazione risulta essere destinataria di ingenti finanziamenti, non solo nazionali, dei quali circa 25 milioni di euro derivanti dall'accordo di programma quadro tra il comune di Matera e la Regione Basilicata, che contribuiscono, rispettivamente, per 5,2 e 25 milioni di euro, ovvero circa il 70 per cento dell'intero contributo pubblico nazionale, mentre la residua parte grava sul Governo centrale, per 11 milioni di euro, e su altri enti (Province di Matera e Potenza, Camera di commercio di Matera e Comune di Potenza) per circa 2 milioni di euro;

con decreto del presidente della Giunta della Regione Puglia del 15 dicembre 2015, il dottor Verri è stato nominato commissario straordinario dell'agenzia regionale del turismo "Puglia Promozione" per un periodo di 120 giorni, rinnovabili una sola volta;

il rinnovo è puntualmente avvenuto con il successivo decreto del presidente della Regione il 26 aprile 2016;

contrariamente a quanto previsto dal primo decreto, il presidente della Giunta regionale pugliese, con provvedimento del 5 agosto 2016, ha ulteriormente confermato il dottor Verri al vertice di Promozione Puglia sino al 31 dicembre 2016;

considerato che

risulta all'interrogante che il dottor Verri percepisca per l'incarico presso l'agenzia un ingente compenso che si aggira attorno ai circa 105.000 euro all'anno, mentre non è dato sapere l'importo degli emolumenti percepiti quale direttore della fondazione lucana, atteso che non sono reperibili informazioni al riguardo sul sito istituzionale dell'ente, dove, peraltro, non compaiono tutte le indicazioni previste dalla legge in funzione di prevenzione della corruzione ed a garanzia della trasparenza dell'operato dell'ente;

nel sito, infatti, non vi è traccia dell'ammontare dei compensi singolarmente percepiti dal cosiddetto gruppo di lavoro, composto da 10 figure, compreso il direttore generale, cui sono apparentemente attribuite funzioni di responsabilità operativa, amministrativa, di coordinamento e comunque non meramente esecutive, mentre, nell'ultimo *budget* pubblicato, quello relativo al 2015, compare l'indicazione dei mezzi finanziari destinati genericamente alla voce "risorse umane", di importo pari a 380.000 euro;

la somma utilizzata per la voce "personale" sembra ridursi a circa 270.000 nel bilancio al 31 dicembre 2015, la cui nota integrativa, peraltro, riporta un organico complessivo di 6 unità, tra cui 2 dirigenti, 2 quadri e 2 collaboratori, oltre a 2 consulenti esterni;

è ormai consolidato l'orientamento dell'ANAC nell'estendere le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

dell'amministrazione pubblica anche alle fondazioni, come quella lucana, in quanto enti di diritto privato sottoposti al controllo pubblico,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo ravvisi profili di incompatibilità tra l'incarico che il dottor Verri ha ricoperto e ricopre come direttore generale della fondazione Matera-Basilicata 2019 e quello di commissario dell'agenzia Puglia Promozione, incarico che pare ancora in essere, sebbene sia scaduto il termine ultimo del 31 dicembre 2016;

se non ritenga che vi sia stata lesione del principio di trasparenza nella mancata pubblicizzazione (come previsto dalla legge) del compenso percepito dal dottor Verri in qualità di direttore generale;

se e quali misure di competenza ritenga opportuno adottare, per eliminare le opacità che, ad avviso dell'interrogante, stanno caratterizzando la gestione della fondazione Matera-Basilicata 2019, in considerazione sia del sovrapporsi degli incarichi conferiti al dottor Verri, attesi i profili pubblicitari tipici di quello ricoperto, almeno fino al 31 dicembre 2016, presso Puglia Promozione, sia della possibile incongruità dello stanziamento di 380.000 euro destinato all'intero personale della fondazione, di cui sembrano far parte diverse figure apicali o di responsabilità, una struttura organizzativa che si discosta significativamente dalle risultanze del bilancio al 31 dicembre 2015 e della relativa nota integrativa.

(3-03486)

MUNERATO, BELLOT, BISINELLA - *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti* - Premesso che:

il problema delle barriere architettoniche nelle stazioni ferroviarie del nostro Paese non è certo nuovo ed è da tempo all'attenzione delle istituzioni e degli altri organismi preposti;

si tratta di una domanda vastissima che interessa una pluralità di utenti e che, in diverse stazioni ferroviarie del nostro territorio, è da troppo tempo senza risposta; non solo persone in carrozzina, ma anche anziani, persone con disabilità temporanea, donne incinte o con bambini al seguito, persone non vedenti, non udenti;

ultimo in ordine di tempo, come segnalato da alcune notizie stampa, è stato il caso di un passeggero colpito da malore su un treno Eurostar: il capotreno ha deciso per una fermata di emergenza nella stazione di Rovigo, nella quale abitualmente quella tipologia di treni non fa scalo. In contemporanea, è stato organizzato l'intervento del personale del Suem 118;

il subitaneo intervento dei soccorritori è stato ostacolato dalle barriere architettoniche presenti in stazione, che hanno impedito, ad esempio, il veloce trasferimento del paziente in ambulanza, ferma sulla banchina; tra l'altro, il sottopasso della stazione di Rovigo è pieno di scale e privo di a-

scensori, cosa che rischia di impedire il corretto svolgimento delle operazioni di soccorso e causare ritardi inammissibili in condizioni di emergenza;

nel caso specifico, per fortuna, il paziente si è ristabilito grazie alle manovre prestate dal personale medico,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dell'episodio esposto e di altri casi simili, e come intenda attivarsi, per quanto di propria competenza, al fine di garantire l'eliminazione delle barriere architettoniche ad oggi ancora presenti nella stazione di Rovigo, e scongiurare in tal modo il futuro configurarsi di condizioni di estremo disagio per passeggeri e personale addetto ai soccorsi.

(3-03493)

MUNERATO, BELLOT, BISINELLA - *Ai Ministri dell'interno e delle infrastrutture e dei trasporti* - Premesso che:

il gruppo Ferrovie dello Stato italiane è impegnato in un'attività di *security* per garantire la massima sicurezza delle stazioni e dei treni, e per tutelare i viaggiatori e il personale in servizio;

gli ambienti ferroviari sono costantemente protetti dagli agenti della Polizia ferroviaria e dai più avanzati sistemi di sorveglianza e sicurezza in un quadro di cooperazione con il Ministero dell'interno, le Prefetture, gli enti locali e le Polizie municipali;

tuttavia, i *media* nazionali danno quotidianamente conto di episodi di vandalismo e aggressioni nei confronti di personale addetto ai controlli e nei confronti dei passeggeri, specie nei treni ad alta frequentazione;

ha colpito l'attenzione di tutti, da ultimo e ad esempio, il caso della studentessa di 15 anni aggredita e picchiata da due giovani stranieri mentre si trovava da sola nell'ultimo vagone del treno della linea Milano-Mortara, nel primo pomeriggio di giovedì 9 febbraio 2017;

il giorno precedente, mercoledì 8, un episodio di vandalismo è stato segnalato dal capotreno del treno regionale che copre la tratta ferroviaria tra Lendinara e Fratta Polesine. Secondo quanto si apprende dalla nota inviata da "Sistemi territoriali" alla Regione Veneto, tre stranieri trovati sprovvisti del regolare titolo di viaggio e costretti a pagare il dovuto dal controllore, avrebbero distrutto con un estintore una delle porte del vagone occupato;

ad avviso degli interroganti, negli ultimi tempi si assiste ad una preoccupante *escalation* di episodi come quelli richiamati, più o meno gravi, che sembrano fotografare una situazione purtroppo fuori controllo,

si chiede di sapere come intendano attivarsi i Ministri in indirizzo, al fine di far piena luce sui fatti segnalati, e quali iniziative intendano adottare, per quanto di propria competenza, per arginare l'allarmante incremento di casi simili, al fine di garantire giusti e adeguati livelli di sicurezza ai passeggeri e al personale addetto ai controlli.

(3-03494)

RICCHIUTI, PEGORER, GOTOR, TOCCI, LAI, GUERRA - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali* - Premesso che:

con l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 149 del 2015, in attuazione della legge delega n. 183 del 2014, si è proceduto all'istituzione dell'agenzia unica per le ispezioni del lavoro denominata "Ispettorato nazionale del lavoro" (INL), di cui, in successiva data, sono stati approvati lo statuto e le normative di organizzazione;

l'INL, che ha una propria autonomia organizzativa e contabile ed è posto sotto la vigilanza del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, a cui spetta il monitoraggio periodico sugli obiettivi e sulla corretta gestione delle risorse finanziarie, deve svolgere le attività ispettive già esercitate dal Ministero, dall'INPS e dall'INAIL;

in base alle direttive emanate dal Ministero del lavoro, l'Ispettorato esercita e coordina sul territorio nazionale la funzione di vigilanza in materia di lavoro, contribuzione, assicurazione obbligatoria e di legislazione sociale, nonché in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, nei limiti delle competenze attribuite al personale ispettivo del Ministero, come stabilito dal decreto legislativo n. 81 del 2008;

considerato che:

agli ispettori di INPS ed INAIL sono state storicamente attribuite essenzialmente funzioni di pubblici ufficiali e, con l'istituzione dell'INL, di ufficiali di polizia giudiziaria, finalizzate a garantire il recupero di contributi o premi assicurati non pagati o pagati con ritardo, applicando nei confronti del datore di lavoro inadempiente sanzioni civili, e tali funzioni vengono riconfermate dalla circolare INAIL del 2 febbraio 2017 a firma del direttore centrale dottor Agatino Cariola;

agli ispettori del Ministero del lavoro, in analogia a quanto accade nel resto dei Paesi membri dell'Unione europea, sono sempre state affidate invece funzioni di vigilanza finalizzate ad assicurare la sicurezza e la salute sul lavoro, nonché la tutela giuslavoristica dei lavoratori e della stessa libera e leale concorrenza, anche mediante l'applicazione di sanzioni amministrative e penali, nonché l'adozione di provvedimenti di diffida a tutela dei crediti patrimoniali dei prestatori di lavoro;

il legislatore con l'istituzione dell'Ispettorato nazionale del lavoro ha voluto la progressiva integrazione dei servizi ispettivi del Ministero e di quelli di INPS ed INAIL, rafforzando, inizialmente, i poteri di coordinamento dell'attività ispettiva già riconosciuti al Ministero dal decreto legislativo n. 124 del 2004, per poi giungere alla creazione della figura dell'ispettore unico di vigilanza, al fine di razionalizzare l'attività di controllo sulle imprese, anche a tutela del principio della libera concorrenza e di garantire maggiore efficacia dei controlli;

considerato altresì che:

nonostante siano trascorsi quasi 18 mesi dalla pubblicazione del decreto legislativo n. 149 del 2015, è ancora in fase di perfezionamento il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanare in concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, che avrebbe dovuto disciplinare, con decorrenza dal 1° gennaio 2017, l'avvio dell'operatività dell'Ispettorato ed il trasferimento nel suo seno del personale già in forza al Ministero;

l'agenzia non ha ancora un assetto organizzativo definito, nonostante l'adozione del relativo decreto di organizzazione, e sono del tutto assenti direttive o indicazioni chiare relative alle modalità di coordinamento con gli organi ispettivi di INPS e INAIL, agli obiettivi, sia quantitativi che qualitativi da perseguire che il personale ispettivo dell'INL dovrà raggiungere entro l'anno, in modo tale da permettere anche la valutazione del personale e l'erogazione degli incentivi economici ai sensi dell'articolo 15 del decreto di organizzazione;

la relazione del collegio dei revisori dei conti relativa al bilancio di previsione per l'anno 2017, evidenziando numerose criticità in ordine, ad esempio, alle risorse necessarie a fare fronte al finanziamento delle missioni degli ispettori, e da destinare al fondo unico di amministrazione da riservare ai dipendenti, raccomanda "di porre in essere nel più breve tempo possibile le verifiche necessarie a dar corso ad una variazione" del bilancio stesso;

considerato altresì che:

solo in data 25 gennaio 2017 è stata adottata la circolare n. 2 del 2017 avente ad oggetto "prime indicazioni operative relative ai profili logistici, di coordinamento e di programmazione, adottata il 25 gennaio 2016, a firma del capo dell'Ispettorato dottor Paolo Pennesi;

la nota, tanto più se letta congiuntamente a quella adottata dalla Direzione centrale rapporto assicurativo dell'INAIL in data 2 febbraio 2017, vira verso una direzione opposta rispetto alla creazione della figura dell'ispettore unico, lasciando intatte le competenze di sempre poste in capo agli ispettori INPS ed INAIL e ponendo al centro dell'azione il solo accertamento dell'evasione contributiva ed assicurativa, penalizzando fortemente ogni altra attività rivolta alla tutela diretta del lavoratore e della lavoratrice, nonché alla libera concorrenza tra imprese, come il contrasto al caporalato, all'abuso nell'utilizzo dei *voucher*, ai comportamenti discriminatori ai danni di donne e lavoratrici madri, all'impiego irregolare di minori, alla somministrazione non genuina di manodopera, alle forme di sfruttamento legate alle violazioni in materia di orario di lavoro nel settore dell'autotrasporto con conseguenti ricadute negative sulla sicurezza stradale;

il documento, oltre a non tenere conto della disomogenea distribuzione del personale sul territorio nazionale (paradossalmente le regioni con il maggior numero di occupati e di imprese hanno il più basso rapporto tra ispettori e lavoratori e imprese), determina un modello organizzativo incerto e basato di fatto sull'assenza di metodologie di rilevamento della presenza

degli ispettori quando svolgano lavoro esterno (non si prevede neppure la stesura di rapporti giornalieri di servizio) che non consentiranno la verifica dei tempi di presenza in servizio;

inoltre, non si fa alcun cenno all'adozione di misure finalizzate a prevenire e contrastare possibili fatti corruttivi,

si chiede di sapere:

per quali ragioni siano state adottate soltanto in data 25 gennaio 2017 le prime indicazioni operative relative ai profili logistici, di coordinamento e di programmazione dell'attività, quando sono trascorsi ben 16 mesi dall'entrata in vigore del decreto legislativo n. 149 del 2015;

per quale ragione si vada in direzione opposta rispetto alla creazione della figura di un ispettore unico del lavoro, dato che il personale INPS ed INAIL non sarà impegnato nell'attività ispettiva, che pone al centro la tutela delle condizioni di lavoro, sacrificando in questo modo un'azione più incisiva nel contrasto allo scorretto utilizzo dei *voucher*, alle discriminazioni di genere, al caporalato, alla sovraesposizione alla guida degli autotrasportatori, eccetera;

in quale modo i massimi vertici dell'INL intendano rispondere ai rilievi mossi dal collegio dei revisori dei conti, in ordine, ad esempio, alla mancata indicazione dei fondi da destinare alle spese di missione del personale ed al pagamento del salario accessorio, e nel contempo risolvere quella relativa a diversi trattamenti economici riservati al personale di provenienza INPS, INAIL e Ministero, con riferimento anche al personale amministrativo che fungerà da supporto all'attività ispettiva;

per quale motivo il Ministro in indirizzo intenda dar vita ad un'organizzazione del lavoro che appare improntata a modalità che prescindono da ogni reale ed attendibile verifica della regolare presenza in servizio degli ispettori e delle ispettrici che fanno riferimento all'INL, nonché dell'effettività delle spese sostenute per missioni, con il rischio di una totale autogestione dei tempi di lavoro e delle procedure di verbalizzazione;

per quale motivo nei documenti ed atti finora approvati non si faccia alcun cenno all'adozione di misure finalizzate alla prevenzione di atti corruttivi o al piano anticorruzione stesso, ed in che termini e con quali cadenze sia stata prevista la rotazione degli incarichi direttivi, non dirigenziali, al fine di prevenire l'insorgenza di fenomeni corruttivi;

per quale ragione il personale dell'Arma dei Carabinieri appartenente al comando tutela lavoro, in forza presso l'Ispettorato nazionale del lavoro, sia stato escluso, con circolare del 30 gennaio 2015 a firma del direttore generale *pro tempore* dell'attività ispettiva del Ministero, dai benefici economici riconosciuti al personale ispettivo civile che utilizza il mezzo proprio per lo svolgimento delle attività istituzionali, dal momento che il decreto ministeriale 25 novembre 2014 (cosiddetto decreto incentivi) non pone distinzione alcuna fra il personale civile e quello militare ma si riferisce alla sola attività espletata.

(3-03495)

Interrogazioni con richiesta di risposta scritta

MALAN - *Al Ministro dell'economia e delle finanze* - Premesso che:

da qualche tempo viene insistentemente diffusa la voce secondo cui l'ufficio di pubblicità immobiliare di Pinerolo (Torino) dell'Agenzia delle entrate (già conservatoria dei registri immobiliari o ufficio ipoteche) verrebbe trasferito presso l'attuale sede dell'ufficio di pubblicità immobiliare di Torino;

la competenza territoriale dell'ufficio di pubblicità immobiliare di Pinerolo ha un bacino di utenza vasto, comprendendo i comuni di Airasca, Angrogna, Bibiana, Bobbio Pellice, Bricherasio, Buriasco, Campiglione Fenile, Cantalupa, Castagnole Piemonte, Cavour, Cercenasco, Cumiana, Fene-strelle, Frossasco, Garzigliana, Inverso Pinasca, Lombriasco, Luserna San Giovanni, Lusernetta, Macello, Massello, None, Osasco, Osasio, Pancalieri, Perosa Argentina, Perrero, Pinasca, Pinerolo, Piscina, Pomaretto, Porte, Pragelato, Prali, Pramollo, Prarostino, Roletto, Rorà, Roure, Salza Di Pinerolo, San Germano Chisone, San Pietro Val Lemina, San Secondo Di Pinerolo, Scalenghe, Torre Pellice, Usseaux, Vigone, Villafranca Piemonte, Villar Pellice, Villar Perosa, Virle Piemonte e Volvera;

per i residenti di tali comuni, recarsi a Torino comporterebbe un notevole disagio e costo, che si ripercuoterebbe su tutti i cittadini che hanno bisogno di pratiche immobiliari,

si chiede di sapere:

se risulti quanto riportato;

se il trasferimento degli uffici sia motivato dall'introduzione di archivi e servizi *on line*;

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza del fatto che la complessità burocratica di atti tipici di tale ufficio richiederebbe comunque spesso la definizione dell'*iter* di persona allo sportello;

se il trasferimento dell'ufficio di pubblicità immobiliare sia preliminare a ripercussioni anche sull'ufficio territoriale dell'Agenzia delle entrate di Pinerolo.

(4-06986)

URAS, STEFANO, DE CRISTOFARO, BIGNAMI, BENCINI, Maurizio ROMANI, SIMEONI, BAROZZINO, DE PIETRO, MOLINARI, VACCIANO - *Ai Ministri del lavoro e delle politiche sociali e della salute* - Premesso che:

l'Associazione italiana per l'assistenza agli spastici (AIAS) è stata costituita a Roma nel 1954, con il fine precipuo di provvedere alla prevenzione e alla cura dei problemi legati agli esiti della paralisi cerebrale infantile ed ai successivi aspetti esistenziali. Nel perseguimento delle proprie finalità istituzionali enunciate nello statuto, l'AIAS si è sviluppata sull'intero territorio nazionale, attraverso l'istituzione di strutture organizzative periferiche chiamate sezioni, che godono di piena autonomia patrimoniale, amministrativa e contrattuale;

anche l'AIAS Cagliari, fondata nel 1967, sorta come associazione di amici e genitori di bambini cerebrolesi, ha rivolto dapprima la sua attenzione alla cura dei problemi legati agli esiti della paralisi cerebrale infantile, in seguito ha progressivamente esteso i suoi interventi, offrendo assistenza medico-psico-sociale ad anziani e sofferenti mentali autosufficienti e non;

oggi l'AIAS in Sardegna si avvale della professionalità di circa 1.240 dipendenti, tra medici, terapisti della riabilitazione, educatori, assistenti sociali, infermieri, operatori sociosanitari, ausiliari sociosanitari, autisti e personale amministrativo, con una media di 1.615 prestazioni giornaliere somministrate ai pazienti per conto delle ASL sarde, interlocutrici naturali dell'associazione;

da diversi anni, soprattutto a causa degli ingenti ritardi nei pagamenti delle commesse da parte delle ASL appaltanti, si è aperta una vertenza con i lavoratori, i quali lamentano il sistematico ritardato pagamento delle retribuzioni, che vengono di norma corrisposte per acconti ridotti, con il conseguente accumulo in capo ai dipendenti di un credito nei confronti del datore di lavoro, che attualmente sfiora le 8 mensilità. Gli stessi lavoratori e le loro rappresentanze si sono più volte rivolti all'autorità pubblica, alle aziende e all'amministrazione regionale. Si sono infine anche rivolti al Ministro della salute, in considerazione delle insufficienti risposte ricevute dalle competenti strutture locali e regionali;

alla legittima protesta dei lavoratori per l'irregolare pagamento dei salari e degli stipendi, l'AIAS avrebbe risposto con pesanti provvedimenti disciplinari, funzionali al licenziamento dei dipendenti in lotta, talvolta giustificando il proprio comportamento in ragione di iniziative che sarebbero state adottate da commissari straordinari delle ASL in relazione alle iniziative intraprese dai lavoratori, ai sensi dell'art. 1676 del codice civile e che riguarderebbero la pretesa creditoria nei confronti della ASL in merito a prestazioni rese e ancora non regolarmente retribuite;

in questo contesto di particolare conflittualità, desta fortissima preoccupazione la denuncia dei lavoratori, i quali lamenterebbero da tempo un clima di tensione in azienda, di recente alimentato, come detto, dall'avvio di numerosi procedimenti disciplinari ritenuti irrituali e pretestuosi, instaurati in diversi casi nei confronti dei rappresentanti delle associazioni sindacali, uno dei quali sarebbe già sfociato nel licenziamento per asserita giusta causa ai danni di un dipendente, segretario provinciale della funzione pubblica CISL, dipendente da 30 anni dell'AIAS e finora portavoce nell'ambito della vertenza delle ragioni dei lavoratori;

considerato che la vertenza AIAS rischia di comportare conseguenze negative sul piano dell'assistenza di persone in condizione anche gravi di disabilità, e al contempo implica effetti drammatici sulla condizione dei lavoratori dipendenti, senza che si veda definire una concreta soluzione del problema capace di mettere in sicurezza i necessari interventi sociosanitari, oltre al personale interessato, la regolarità delle retribuzioni e le dovute garanzie occupazionali,

si chiede di conoscere:

se i Ministri in indirizzo intendano intervenire presso le competenti autorità e gli enti preposti, in ragione della necessaria assistenza alle persone con disabilità o in stato di necessità per non autosufficienza, che siano destinatari dei servizi AIAS, al fine di verificare il rispetto dell'art. 117, primo comma, lett. *m*), della Costituzione, in relazione ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali in territorio nazionale;

quali iniziative intendano intraprendere per intervenire a tutela dei diritti e della stabilità occupazionale di tutti i lavoratori AIAS, e in particolare, quali iniziative intendano intraprendere a tutela della libertà sindacale in AIAS e al fine di scongiurare eventuali casi di provvedimenti disciplinari ritorsivi irrogati nei confronti dei lavoratori che svolgano attività sindacale all'interno dell'azienda;

se intendano attivarsi concretamente, al fine di superare le condizioni di difficoltà nelle quali la Regione Sardegna si trova, a causa dei mancati trasferimenti finanziari relativi agli interventi in materia sanitaria (malattie rare, farmaci salva, vita, eccetera).

(4-06987)

SCILIPOTI ISGRÒ - Ai Ministri dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e della salute - Premesso che, a quanto risulta all'interrogante:

l'"area industriale di Milazzo" (Milazzo, Monforte San Giorgio, Pace del Mela, San Filippo del Mela, San Pier Niceto) costituisce "sito di bonifica di interesse nazionale" (SIN) istituito con legge n. 266 del 2005, art. 1, comma 561. L'art. 252 del decreto legislativo n. 152 del 2006 così definisce i siti d'interesse nazionale: "I siti di interesse nazionale, ai fini della bonifica, sono individuabili in relazione alle caratteristiche del sito, alle quantità e pericolosità degli inquinanti presenti, al rilievo dell'impatto sull'ambiente circostante in termini di rischio sanitario ed ecologico, nonché di pregiudizio per i beni culturali ed ambientali" (comma 1), ed inoltre riporta che: "All'individuazione dei siti di interesse nazionale si provvede con decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio, d'intesa con le regioni interessate" (comma 2);

il decreto n. 2764/QdV/M/DI/B ("Nuova perimetrazione del sito di bonifica di interesse nazionale di Area industriale di Milazzo"), emanato dal Ministro dell'ambiente in data 11 agosto 2006 (pubblicato in *Gazzetta Uffi-*

ziale n. 256 del 3 novembre 2006), ha definito la perimetrazione del SIN: concerne rispettivamente 2.190 ettari di mare e 549 ettari di terra. Le aree così individuate dovevano essere sottoposte ad interventi di caratterizzazione, di messa in sicurezza di emergenza, bonifica, ripristino ambientale ed attività di monitoraggio;

con decreto n. 308 emanato dal Ministro in data 28 novembre 2006 ("Regolamento recante integrazioni al decreto ministeriale 18 settembre 2001, n. 468 del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio, concernente il programma nazionale di bonifica e ripristino ambientale dei siti inquinati", pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 24 del 30 gennaio 2007), con riferimento alle "Principali caratteristiche ambientali e situazione di inquinamento" del SIN di Milazzo, si riporta che "Le problematiche ambientali del sito possono essere ricondotte alla presenza localizzata di idrocarburi e metalli nei terreni e nelle acque sotterranee e ad inquinamento diffuso legato ad emissioni atmosferiche (...) I principali fenomeni di degrado dell'ambiente marino sono dovuti all'inquinamento da petrolio, all'inquinamento termico e all'eutrofizzazione. Dovrà inoltre essere valutata la contaminazione dei sedimenti da metalli pesanti e da idrocarburi". Altresì, quali "costi di messa in sicurezza e/o bonifica", precisava che "Le prime stime, effettuate sulla base dei dati preliminari di estensione e di tipologia di inquinamento, indicano un fabbisogno di larga massima per gli interventi più urgenti pari a circa 55 milioni di euro". Si faceva riferimento ad un piano di caratterizzazione in corso di elaborazione inerente all'area della raffineria RAM, con progetti di messa in sicurezza o bonifica da elaborare. Si ripartivano le risorse finanziarie assegnate per la copertura del programma di bonifica e di risanamento ambientale (pari a complessivi 60.375.800 euro): al SIN di Milazzo venivano assegnati 4.500.000 euro. Con i successivi decreti direttoriali prot. n. 985/QdV/DI/G/SP del 17 dicembre 2004 e prot. n. 1778/QdV/DI/SP del 13 ottobre 2005, venivano impegnate le risorse;

veniva, quindi, stipulato in data 23 febbraio 2011 l'"accordo di programma per la definizione degli interventi di messa in sicurezza e bonifica delle aree comprese nel sito di interesse nazionale Area industriale di Milazzo" tra il Ministero, il commissario delegato per l'emergenza bonifiche e la tutela delle acque in Sicilia, la Regione Siciliana, la Provincia di Messina e i Comuni di Milazzo, Monforte San Giorgio, Pace del Mela, San Filippo del Mela e di San Pier Niceto;

nelle premesse dell'accordo si dava conto del fatto che: la somma di 4.500.000 fosse caduta in perenzione amministrativa, e che, successivamente alla stipula dell'accordo, si sarebbe dovuto procedere alla sua reinscrizione in bilancio; fosse "improcrastinabile definire un percorso certo delle attività di messa in sicurezza, bonifica e risanamento ambientale dell'intero sito, in particolare attraverso gli interventi di messa in sicurezza e bonifica delle acque sotterranee"; fosse "opportuno offrire ai 'Soggetti obbligati', identificati sia nei responsabili della contaminazione diretta di terreno e/o falda sia nei titolari di doveri di custodia delle aree contaminate che omettendo o ritardando di adottare le misure indispensabili ad impedire la diffusio-

ne/dispersione incontrollata degli inquinanti presenti, determinino o concorrono a determinare un inquinamento dell'aria, della falda, delle acque, dei suoli o anche solo l'aggravamento dell'inquinamento delle predette risorse, la possibilità di concorrere alla realizzazione e all'utilizzo della messa in sicurezza e bonifica della falda messa in opera dai Soggetti sottoscrittori del presente Accordo, impegnandosi a farsi carico pro quota degli oneri conseguenti sia per gli investimenti necessari che per la gestione del sistema"; il programma degli interventi da attuarsi per la messa in sicurezza e bonifica delle aree del SIN e relativi costi (studio di fattibilità e caratterizzazioni delle aree); accanto agli interventi, si individuavano anche i "soggetti attuatori": a seconda dei casi, il commissario delegato o l'Ispira (Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale); il "soggetto responsabile dell'accordo" fosse il direttore generale della tutela del territorio e delle risorse idriche del Ministero; si individuava il "comitato di indirizzo e controllo per la gestione dell'accordo"; l'accordo era vincolante per i soggetti sottoscrittori subordinatamente alla reiscrizione delle risorse di cui al decreto ministeriale n. 308 del 2006 ed aveva la durata di 22 mesi da tale data;

lo stato di avanzamento degli interventi di bonifica del suolo e delle acque, inerente alle procedure operative ed amministrative ex art. 242 del decreto legislativo n. 152 del 2006 in materia di bonifica di siti inquinati, è articolato in 4 fasi: 1) piano di caratterizzazione; 2) indagini di caratterizzazione; 3) progetto definitivo approvato; 4) sito bonificato. Secondo dati di fonte Ispra, Ministero e Arpa del 2016, con riferimento al sito contaminato di Milazzo per l'anno 2015 risultano: 1) 3 piani di caratterizzazione approvati; 2) 6 indagini di caratterizzazione; 3) 5 progetti definitivi approvati; 4) nessuna bonifica completata. Per quanto concerne la conferenza dei servizi istruttoria svoltasi in data 25 maggio 2016 (l'ultima tenutasi), si riportano alcuni passaggi relativi al primo punto dell'ordine del giorno ("Aggiornamento su risorse e situazione lavori relativi all'accordo di programma per la definizione degli interventi di messa in sicurezza e bonifica delle aree comprese nel sito di interesse nazionale area industriale di Milazzo"): "Il Presidente sintetizza lo stato di attuazione degli interventi di caratterizzazione e bonifica per le aree comprese nel SIN (in percentuale rispetto all'estensione del SIN): Matrice terreni: (...) aree a terra caratterizzate rispetto alla superficie del SIN = 61%; (...) aree a terra con progetto messa in sicurezza/bonifica ritenuto approvabile con decreto rispetto alla superficie del SIN = 20%; (...) aree con progetto di messa in sicurezza/bonifica approvato con decreto rispetto alla superficie del SIN = 20%; (...) aree con procedimento concluso rispetto alla superficie del SIN (concentrazioni < CSC o CSR) = 19%. Matrice acque di falda: ...aree a terra caratterizzate rispetto alla superficie del SIN = 61%; (...) aree a terra con progetto messa in sicurezza/bonifica ritenuto approvabile con decreto rispetto alla superficie del SIN = 38%; (...) aree con progetto di messa in sicurezza/bonifica approvato con decreto rispetto alla superficie del SIN = 38%; (...) aree con procedimento concluso rispetto alla superficie del SIN (concentrazioni < CSC o CSR) = 19%"; con riferimento all'attuazione del succitato accordo di programma e, quindi, in merito all'utilizzo delle risorse stanziato dal Ministero pari a complessivi 4.500.000

euro: "Dette risorse sono state trasferite al Commissario delegato per l'emergenza rifiuti e la tutela delle acque in Sicilia con D.D. prot. n. 3518 del 10.07.2012. A fronte del suddetto stanziamento, pari a € 4.500.000 alla data del 31.12.2014, la Regione Siciliana ha impegnato e speso, rispettivamente, euro 197.069 ed euro 113.369 (Fonte: monitoraggio finanziario, alla data del 31.12.2014, trasmesso dal Dipartimento Regionale dell'acqua e dei rifiuti ex O.C.D.P.C. n. 44 del 29/01/2013). Si segnala, che l'Accordo sopra citato ha maturato considerevoli ritardi nell'attuazione degli interventi ivi disciplinati, tanto da giungere alla scadenza dell'Accordo medesimo senza aver realizzato alcuna delle attività previste. La Regione Siciliana, con nota prot. 270 del 04.03.2015, nell'assicurare l'attualità e la priorità degli interventi oggetto del citato Accordo e assumendosi l'impegno di recuperare il tempo trascorso, ha chiesto una proroga della scadenza dell'Accordo di ulteriori 24 mesi. Alla luce delle rassicurazioni fornite dalla Regione Siciliana circa il rispetto del nuovo cronoprogramma degli interventi ed allo scopo di garantire la realizzazione degli interventi di cui trattasi, il Ministero dell'ambiente, con nota prot. MATTM n. 3648 del 18.03.2015, ha concesso il nulla osta alla richiesta di proroga dell'Accordo di Programma del 23.02.2011, fissandone a 24 mesi la data di scadenza. Si segnala inoltre che, la Regione Siciliana nella relazione di monitoraggio al 31.12.2015 ha evidenziato che, non vi è nessun avanzamento della spesa dovuto alla chiusura della contabilità speciale 2854 al 4 giugno 2015 e si è in attesa della proroga della OCDPC 44/2013 - Ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile n. 158 del 19 marzo 2014, per la riapertura della contabilità speciale ai fini della ultimazione degli interventi finanziati";

la conferenza dei servizi, altresì, esponeva lo stato degli interventi di caratterizzazione, messa in sicurezza e bonifica, sempre inerenti allo stanziamento dell'importo di 4.500.000 euro;

concludeva richiedendo all'Assessorato dell'energia e dei servizi di pubblica utilità della Regione Siciliana, in qualità di soggetto attuatore subentrato al commissario delegato, di trasmettere, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del verbale, un aggiornamento sulle attività relative all'accordo di programma unitamente alla rendicontazione aggiornata delle somme spese e impegnate per i singoli interventi;

con ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri n. 339 del 4 maggio 2016 ("proroga della contabilità speciale n. 2854. Situazione di criticità in materia di bonifica e risanamento ambientale dei suoli, delle falde e dei sedimenti inquinati, nonché in materia di tutela delle acque superficiali e sotterranee e dei cicli di depurazione nella Regione Siciliana"), si è disposto che la contabilità speciale n. 2854 già intestata al dirigente generale del dipartimento dell'acqua e dei rifiuti dell'Assessorato regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 6, dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 44 del 29 gennaio 2013, rimanga aperta fino al 28 febbraio 2017 al fine di consentire il completamento degli interventi indicati nell'allegato 1, tabella A, al provvedimento. Con riferimento agli interventi puntualmente indicati nell'allegato

1, tabella B, al suddetto provvedimento e non ricompresi nell'accordo di programma quadro di Priolo e nell'accordo di programma SIN Milazzo, parimenti indicati nella tabella medesima, nonché agli interventi di cui all'allegato 1, tabella A, la cui conclusione dovesse protrarsi oltre il termine di durata della contabilità speciale di cui al comma 1, entro la scadenza della stessa, la Regione Siciliana provvede alla stipula di un accordo di programma ai sensi dell'art. 15 della legge n. 241 del 1990 con il Ministero dell'ambiente, con cui si dispone in ordine alla prosecuzione in regime ordinario. All'esito della stipulazione di tale accordo di programma le risorse presenti sulla contabilità speciale n. 2854 relative agli interventi ricompresi nello stesso nonché a quelli già oggetto dei due accordi di programma citati, sono trasferite al bilancio della Regione, che provvede alla gestione degli stessi in regime ordinario;

la Commissione parlamentare d'inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti e su illeciti ambientali ad esse correlati, istituita con legge n. 1 del 2014, nella sua relazione territoriale sulla Regione Siciliana, approvata dalla Commissione nella seduta del 19 luglio 2016, così in sintesi esponeva: "Numerose sono le problematiche ambientali registrate nella provincia regionale di Messina (...) per la mancata bonifica dei siti contaminati" e per quanto concerne il SIN di Milazzo "I principali contaminanti riscontrati nei suoli e nelle acque di falda sono i seguenti: (...) nei suoli: PCDD/PCDF, idrocarburi C₇12, idrocarburi C₁₂, BTEX e piombo alchili (...) nelle acque di falda: Alluminio, arsenico, ferro, manganese, piombo, fluoruri, benzene, idrocarburi totali, 1,2 dicloropropano, tricloroetilene, tetracloroetilene, diclorobenzene, MTBE";

sull'attuazione dell'accordo di programma relativo al SIN di Milazzo, la Commissione riportava nella propria relazione diversi passaggi del verbale della conferenza dei servizi istruttoria del 25 maggio 2016 inerente alle procedure operative ed amministrative *ex art.* 242 del decreto legislativo n. 152 del 2006 in materia di bonifica di siti inquinati;

con delibera n. 25 del 10 agosto 2016, il CIPE, in relazione alla dotazione finanziaria inerente al Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) per il periodo di programmazione 2014-2020, avrebbe assegnato risorse economiche per un importo di 25.000.000 euro in relazione al SIN di Milazzo, almeno ciò è stato dichiarato dal Ministro dell'ambiente;

l'interrogante è preoccupato per le criticità ambientali, la salubrità ambientale, l'incolumità pubblica inerenti all'area industriale di Milazzo, con particolare riferimento allo stabilimento di raffineria gestito dalla società Raffineria di Milazzo Scpa, specie relativamente a: impatto ambientale e sanitario dello sversamento di prodotti idrocarburi nel torrente Corriolo e nell'ambiente marino-costiero di Milazzo in data 6 dicembre 2016 in conseguenza di perdite del sistema di collettamento che collega gli impianti della raffineria, nel territorio dei comuni di Milazzo e San Filippo del Mela, ai relativi serbatoi di stoccaggio; ulteriore sversamento di prodotti idrocarburi nell'ambiente marino-costiero di Milazzo nel periodo 19-22 dicembre 2016; impatto ambientale e sanitario conseguente all'accadimento disastroso

dell'incendio divampato in data 26-27 settembre 2014 nell'installazione della raffineria; inquinamento atmosferico,

si chiede di sapere quali siano: 1) gli interventi di caratterizzazione, di messa in sicurezza, bonifica, ripristino ambientale ed attività di monitoraggio; 2) le azioni poste in essere, per conseguire in tale sito l'eliminazione delle fonti di inquinamento e delle sostanze inquinanti e garantire dunque un elevato e definitivo livello di sicurezza per le persone e per l'ambiente; 3) le cause e le responsabilità dei soggetti pubblici e privati nelle omissioni e ritardi inerenti ai procedimenti di caratterizzazione, di messa in sicurezza, bonifica, ripristino ambientale ed attività di monitoraggio; 4) gli impatti sulla salute umana conseguenti all'esposizione alle sostanze inquinanti responsabili della contaminazione del sito; 5) le tutele, prevenzione, e riparazione del danno ambientale causato dalle attività inquinanti; in particolare, quali siano state le azioni connesse all'individuazione, all'accertamento ed alla quantificazione del danno ambientale, in applicazione del principio di precauzione, ex art. 191 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea ed al ripristino ambientale; 6) le azioni adottate ai sensi dell'art. 305, comma 2, del decreto legislativo n. 152 del 2006 (per controllare, circoscrivere, eliminare o gestire in altro modo, con effetto immediato, qualsiasi fattore di danno, allo scopo di prevenire o limitare ulteriori pregiudizi ambientali ed effetti nocivi per la salute umana o ulteriori deterioramenti ai servizi, ovvero le misure di ripristino necessarie; 7) le azioni adottate in ordine ad eventuali diffide, sospensione dell'attività, revoca, aggiornamento o riesame delle autorizzazioni ambientali e chiusura delle installazioni per gli stabilimenti responsabili della contaminazione del sito.

(4-06988)

TOSATO - *Al Ministro dell'economia e delle finanze* - Premesso che:

la legge di stabilità per il 2016 (legge n. 208 del 2015) ha introdotto un *super* ammortamento del 140 per cento per l'acquisto di beni strumentali all'esercizio dell'attività, a decorrere dal 15 ottobre 2015 e per tutto il 2016;

anche gli agenti e i rappresentanti del commercio hanno potuto beneficiare di tale ammortamento per l'anno 2016, ma, a seguito delle modifiche introdotte dalla legge di bilancio per il 2017 (legge n. 232 del 2016), la categoria è stata espressamente esclusa dal godimento di tale beneficio;

a decorrere dall'anno 2017 gli agenti e i rappresentanti di commercio potranno quindi dedurre dal reddito il 20 per cento delle spese sostenute per l'acquisto di un'autovettura, nel limite di 25.822,84 euro con iva, ai sensi dell'articolo 164 del decreto del Presidente della Repubblica n. 917 del 1986, che prevede la possibilità di adeguare il suddetto valore alla rivalutazione monetaria, pertanto gli attuali 25.822,84 euro con iva si rivaluterebbero a 35.919,57 euro con iva; tale rivalutazione non è stata ancora attuata;

l'importo di 36.000 euro si ritiene equo a rappresentare un limite accettabile nei confronti di una categoria che utilizza l'autovettura quale unico vero bene strumentale,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo voglia adottare gli opportuni provvedimenti al fine di estendere anche al 2017 la possibilità per gli agenti e i rappresentanti del commercio di godere del *super* ammortamento del 140 per cento per l'acquisto di beni strumentali all'esercizio dell'attività e, in ogni caso, operare una rivalutazione monetaria dell'attuale limite di 25.822,84 euro con iva, fissandolo al valore di 36.000 euro con iva.

(4-06989)

ZIZZA - Al Ministro dello sviluppo economico - Premesso che:

i servizi di Poste italiane in Puglia, con particolare riferimento al territorio della provincia di Brindisi, non si sono mai distinti per qualità ed efficienza;

negli ultimi mesi, però, la situazione è peggiorata, creando seri disagi agli utenti, soprattutto in alcune località; numerose frazioni e comunità sono state di fatto isolate ed emarginate, per le difficoltà dei collegamenti e la posizione, con notevoli disagi per l'utenza, sacrificata a logiche aziendali di natura prettamente economica, ma senza calcolare la rilevanza di un servizio che in caso di ritardo può produrre danni notevoli;

la corrispondenza cartacea è ancora prevalente rispetto a quella che viaggia attraverso i canali informatici e prevede anche il recapito all'indirizzo del destinatario di notifiche di varia natura (dai bollettini alle multe), di avvisi, di ingiunzioni di pagamento, di convocazioni, di importanti documenti spesso vincolati ad un termine di scadenza ben preciso, che, se non rispettato, può determinare conseguenze spiacevoli per i diretti interessati, con aggravii di spese legali;

gli episodi registrati in questi ultimi mesi dimostrano i prolungati ritardi nella consegna della corrispondenza con le relative conseguenze per gli utenti,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza della grave situazione;

quali misure intenda adottare per fare luce sulla vicenda;

quali provvedimenti intenda mettere in campo per tutelare i cittadini di quelle comunità che da mesi subiscono i ritardi di Poste italiane nella consegna della corrispondenza.

(4-06990)

DONNO, GIARRUSSO, PUGLIA, PAGLINI, SANTANGELO, CAPPELLETTI - *Ai Ministri dell'interno e per gli affari regionali* - Premesso che secondo quanto risulta agli interroganti:

in data 5 febbraio 2017, "LecceCronaca" rendeva noto che «durante l'orario di lavoro istituzionale e servendosi degli strumenti istituzionali, invece di occuparsi delle sia pur residue competenze che hanno, alla Provincia di Lecce lavorano (...) per un politico di parte e di partito, nuovo o vecchio che sia, il capo Raffaele Fitto»;

veniva pubblicato il contenuto di una *e-mail* del 3 febbraio 2017 inviata dallo *staff* del presidente della Provincia di Lecce: «Nasce "Direzione Italia": Fitto e Gabellone domani alle 10 a disposizione dei giornalisti» e veniva altresì aggiunto che «alla Provincia di Lecce abbiamo uno degli addetti allo *staff* del presidente che dovrebbe occuparsi di coordinare le attività istituzionali, e invece ne assiste, favorisce e organizza le attività private di propaganda politica; e inoltre organizza in prima persona le conferenze - stampa di un partito politico»;

considerato che:

sul sito istituzionale della Provincia di Lecce, alla voce "*staff*" del presidente sono indicati 3 soggetti aventi le seguenti funzioni: assistenza all'organo di vertice nell'esercizio delle attività istituzionali; diretta collaborazione con l'organo di vertice per l'espletamento delle funzioni di coordinamento e relazioni pubbliche con i cittadini e gli organi istituzionali; supporto e assistenza all'organo di vertice nell'esercizio dell'attività di indirizzo e controllo nei confronti del Corpo di Polizia provinciale e del suo comandante;

ai sensi dell'art. 7 dell'ordinamento degli uffici e dei servizi della Provincia di Lecce, in materia di criteri di organizzazione, è stabilito che "la struttura organizzativa è informata, nel conseguimento di ottimali livelli di efficienza, efficacia ed economicità, ai seguenti principi: a) criteri stabiliti dal decreto legislativo n. 165 del 2001, negli articoli 5, 6 e 7; c) trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa e dei procedimenti; d) innovazione del sistema organizzativo; e) programmazione del lavoro per obiettivi e per progetti; f) parità e pari opportunità tra donne e uomini; g) formazione permanente; h) realizzazione del sistema di relazioni sindacali previsto dai CCNL vigenti nel tempo, nel rispetto delle finalità proprie dell'amministrazione e dei compiti delle organizzazioni sindacali";

quanto all'ufficio del presidente e della Giunta, all'art. 13, stabilisce che "l'Ufficio per l'esercizio delle funzioni di indirizzo e controllo è posto alle dirette dipendenze del Presidente e degli Assessori. L'Ufficio è costituito con decreto del Presidente della Provincia mediante nomina di dipendenti dell'ente, o collaboratori esterni assunti con contratto a tempo determinato (purché l'ente non abbia dichiarato il dissesto e non versi nelle situazioni strutturalmente deficitarie). Nell'ipotesi di nomina di dipendenti dell'Ente, gli stessi sono temporaneamente assegnati al Servizio di supporto agli Organi, Presidente e Giunta mantenendo la collocazione presso la struttura di

appartenenza". Ai sensi dell'art. 13-*bis*, invece, riguardo l'unità organizzativa "segreteria presidente e Giunta", è stabilito che: "nell'ambito della struttura organizzativa è individuata una unità operativa cui sono affidate le seguenti competenze: gabinetto e assistenza al Presidente e alla Giunta; gestione corrispondenza; gestione comunicazione interna; indennità e trasferte Presidente e Assessori; gestione del personale assegnato all'ufficio del Presidente e della Giunta di cui all'art. 90 del D.Lgs. 267/00 e all'art. 13 del presente regolamento",

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti e se, nel rispetto delle proprie attribuzioni e competenze, non ritengano opportuno indagare sulla situazione;

se, una volta chiarita la veridicità di quanto esposto, non ritengano che tali comportamenti siano fortemente contrari al principio amministrativo di buon andamento della pubblica amministrazione, nonché al supposto conseguimento da parte della struttura organizzativa provinciale di ottimali livelli di efficienza, efficacia ed economicità;

se ritengano che i supposti comportamenti siano stigmatizzabili e, per tale ragione, debbano essere opportunamente valutati nelle preposte sedi, anche sotto il profilo disciplinare.

(4-06991)

DE PETRIS - *Al Ministro dell'interno* - Premesso che:

una ricerca condotta su "Facebook" dall'Associazione nazionale partigiani italiani (ANPI) ha individuato 2.700 pagine, pubblicate in lingua italiana, riconducibili a formazioni politiche di estrema destra, di cui circa 300 contengono espliciti riferimenti di apologia del fascismo ed esortazioni di natura razzista e violenta;

in particolare, la ricerca ha individuato contenuti esplicitamente fascisti e razzisti nelle pagine "Facebook" riconducibili alle seguenti formazioni politiche: Comunità militanti, Lealtà azione, Generazione identitaria, Movimento patria nostra, Unione per il socialismo nazionale, Azione identitaria, Casaggi, Forza nuova e CasaPound Italia;

sui *social network* agisce abitualmente, nell'ambito dei "gruppi chiusi", un numero considerevole di gruppi di discussione improntati esplicitamente a tematiche di natura razzista o di incitamento dell'odio nei confronti degli immigrati o dei rifugiati politici;

ad oggi si deve constatare che la diffusione attraverso i *social network* di contenuti esplicitamente inneggianti al fascismo e all'odio razziale non viene adeguatamente contrastata né dalle aziende titolari delle piattaforme informatiche, né dalle autorità preposte alla vigilanza sull'informazione;

in data 31 maggio 2016, le aziende titolari dei principali *social network* hanno sottoscritto presso la Commissione europea il "codice di condotta sull'illecito incitamento all'odio *online*", i cui contenuti appaiono sistematicamente disattesi nel nostro Paese;

l'art. 1 della legge 20 giugno 1952, n. 545, vieta lo svolgimento di propaganda razzista e l'esaltazione di esponenti, principi, fatti e metodi propri del fascismo;

l'art. 1 del decreto-legge 26 aprile 1993, n. 122, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 1993, n. 205, prevede sanzioni di natura penale a carico di chiunque propaganda idee fondate sulla superiorità o sull'odio razziale o etnico, ovvero istiga a commettere o commette atti di discriminazione per motivi razziali, etnici, nazionali o religiosi,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga necessario ed urgente attivare i competenti dipartimenti della Polizia postale e delle comunicazioni, affinché accertino l'effettiva diffusione attraverso i *social network* e i "gruppi chiusi" di contenuti inneggianti al fascismo e all'odio razziale, assumendo, anche nei confronti delle aziende titolari dei *social*, le conseguenti iniziative derivanti dall'applicazione della normativa in vigore.

(4-06992)

DE CRISTOFARO - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

com'è ben noto ai vertici della Asl Na1 Centro ed in particolare al capo del dipartimento di salute mentale, nella Uosm 24 (unità operativa salute mentale) che serve i territori metropolitani di San Ferdinando-Chiaia e Posillipo, nonché l'isola di Capri (circa 15.000 abitanti sparsi in un territorio per metà privo di strade carrozzabili, e che d'estate è sovraffollato di turisti, con un ospedale in disarmo e fatiscente dal punto di vista statico), risulta allo stato impossibile l'effettuazione dell'indispensabile emergenza psichiatrica;

ciò avviene perché, per quanto risulta all'interrogante: 1) numerosi medici della Asl Na1 Centro sono esclusi da notti ed emergenze, in maniera arbitraria e in spregio della normativa contrattuale vigente e contro ogni trasparenza; 2) su 12 medici in servizio presso l'Uosm 24, 4 gestiscono rispettivamente: la SIR, la struttura sovradistrettuale per i disturbi del comportamento alimentare, la struttura nazionale di psicopatologia del lavoro, la struttura sovradistrettuale *antistalking*; 5 sono esonerati dai turni di emergenza della stessa Asl tramite medico competente per gravi patologie mediche, alcune contratte in servizio; restano quindi solo 3 medici idonei a svolgere tale incombenza. La situazione quindi appare totalmente surreale e gravemente rischiosa per tutti gli attori implicati nell'emergenza, lavoro altamente usurante, che ha generato molti morti tra gli operatori psichiatrici della ASL; 3) inoltre la Uosm 24 è gravata di assurde incombenze consulenziali che posso implicare l'urgenza-emergenza (come il servizio presso l'ospedale "Loreto Mare", che insiste nel territorio della Uosm 31); 4) il diparti-

mento di salute mentale è retto in maniera monocratica e opaca, contro la legge sulla trasparenza degli atti amministrativi, da un capo dipartimento facente funzione, in assenza del comitato di dipartimento previsto dalla legge, che dà ordini mai discussi collegialmente a capiservizio Uosm facente funzione, scelti arbitrariamente in spregio della legge e del buon senso, creando delle perniciose costrizioni organizzative e filiere di comando inique, che rendono totalmente impossibile il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Tale situazione crea così gravissimi rischi per l'incolumità dei pazienti psichiatrici (60.000 pazienti psichiatrici gravi in Campania, 10.000 solo a Napoli) esposti a trattamenti sanitari obbligatori (TSO) incongrui (che non di rado sono eseguiti utilizzando scudi e manette), peraltro difficilissimi per carenza di posti letto pubblici a favore di quelli privati in convenzione;

il problema potrebbe essere alleviato attraverso l'impiego di almeno 2 specialisti ambulatoriali psichiatrici dedicati, da reperire nelle apposite liste o utilizzandoli anche parzialmente nella sguarnita Uosm 24, trasferendoli da altri presidi. Peraltro l'Uosm 24 opera, tra l'altro, in un territorio costantemente sotto gli occhi dei *media* (San Ferdinando-Chiaia, Posillipo e Capri), con alto rischio di contenziosi e problematiche legate alla medicina difensiva,

si chiede di sapere quali iniziative di competenza il Ministro in indirizzo intenda adottare nei confronti di chi, all'interno della Asl Na1 Centro e della Regione Campania, in spregio della legge n. 180 del 1978, cosiddetta legge Basaglia, della legge regionale della Campania n. 1 del 1983 e dei LEA nel campo della salute mentale, esercitando un potere monocratico sul dipartimento di salute mentale, di fatto nega la mera possibilità di esercitare il doveroso servizio di emergenza psichiatrica nei quartieri napoletani di San Ferdinando, Chiaia e Posillipo e nell'isola di Capri, con grave rischio per la salute pubblica e per l'incolumità dei malati psichiatrici e dei loro familiari, degli operatori sanitari, delle forze dell'ordine adibite all'esecuzione dei TSO e dei numerosi turisti presenti, configurando peraltro il reato di interruzione di pubblico servizio.

(4-06993)

Interrogazioni, da svolgere in Commissione

A norma dell'articolo 147 del Regolamento, le seguenti interrogazioni saranno svolte presso le Commissioni permanenti:

2ª Commissione permanente (Giustizia):

3-03490, del senatore Cardiello, sulla chiusura degli uffici del giudice di pace di Eboli (Salerno);

7ª Commissione permanente (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport):

3-03492, dei senatori Campanella e Bocchino, sull'irruzione di Polizia e Carabinieri all'interno della biblioteca dell'università di Bologna;

8ª Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni):

3-03498, dei senatori Campanella e Bocchino, sui disservizi nel servizio postale in provincia di Foggia;

9ª Commissione permanente (Agricoltura e produzione agroalimentare):

3-03491 della senatrice Fattori ed altri, sullo sviluppo delle colture transgeniche in Italia;

10ª Commissione permanente (Industria, commercio, turismo):

3-03487, del senatore Girotto ed altri, sul rientro negli Stati Uniti del materiale radioattivo statunitense custodito nel centro Itrec di Trisaia di Rotonddella (Matera);

3-03488, del senatore Girotto ed altri, su un accordo tra Sogin e autorità britannica sul nucleare NDA per il riprocessamento e la restituzione di rifiuti nucleari;

12ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

3-03497, del senatore Mandelli ed altri, sul corretto funzionamento della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.