

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XVIII LEGISLATURA —

Mercoledì 6 marzo 2019

alle ore 9,30

97^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

I. Seguito della discussione del disegno di legge:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 gennaio 2019, n. 1, recante misure urgenti a sostegno della Banca Carige S.p.a. - Cassa di risparmio di Genova e Imperia (*approvato dalla Camera dei deputati*) -
Relatrice BOTTICI (*Relazione orale*) **(1063)**

II. Discussione della mozione n. 24 sull'istituzione del Comitato per le questioni degli italiani all'estero (*testo allegato*)

III. Discussione di mozioni sulla coltivazione e commercializzazione della canapa (*testi allegati*)

IV. Discussione di mozioni sulle misure per fronteggiare le malattie oncologiche (*testi allegati*)

MOZIONE SULL'ISTITUZIONE DEL COMITATO PER LE QUESTIONI DEGLI ITALIANI ALL'ESTERO

(1-00024 *p. a.*) (19 luglio 2018)

GIACOBBE, GARAVINI, FANTETTI, ALDERISI, CARIO, AIMI, ALFIERI, ASTORRE, BARBONI, BATTISTONI, BELLANOVA, BIASOTTI, BITI, BOLDRINI, BONIFAZI, BINI, CIRINNA', COLLINA, COMINCINI, CRAXI, CUCCA, D'ALFONSO, D'ARIENZO, DE PETRIS, DURNWALDER, ERRANI, FARAONE, FEDELI, FERRARI, FERRAZZI, GALLONE, GIAMMANCO, GINETTI, GRIMANI, IORI, LANIECE, LAUS, MAGORNO, MALPEZZI, MANCA, MANGIALAVORI, MARCUCCI, MARGIOTTA, MARINO, MESSINA Assuntela, MINUTO, MIRABELLI, MISIANI, MOLES, NANNICINI, NENCINI, PAPTATHEU, PARENTE, PARRINI, PATRIARCA, PEROSINO, PICHETTO FRATIN, PINOTTI, PITTELLA, RAMPI, RENZI, RICHETTI, RIZZOTTI, SACCONI, STEFANO, STEGER, SUDANO, TARICCO, TIRABOSCHI, UNTERBERGER, VALENTE, VATTUONE, VERDUCCI, ZANDA - Il Senato,

premessi che:

nel corso delle Legislature XIV, XV, XVI e XVII è stato istituito dal Senato il Comitato per le questioni degli italiani all'estero, con il compito di approfondire il tema della condizione, dei problemi e delle aspettative delle collettività italiane residenti all'estero;

durante la XVII Legislatura il Comitato ha svolto sopralluoghi nei principali Paesi d'accoglienza dell'emigrazione italiana, per verificare la situazione delle comunità italiane residenti all'estero al fine di acquisire elementi conoscitivi sulle loro problematiche e aspettative e di contribuire alla loro soluzione con interventi sulle autorità locali e sulle istituzioni nazionali, nonché il sostegno delle imprese italiane sui mercati internazionali, anche attraverso proposte di iniziative legislative;

obiettivo del Comitato istituito nella XVII Legislatura è stato l'approfondimento di temi come: la valorizzazione del reciproco contributo economico, culturale e civile tra la madrepatria e le comunità italiane all'estero, la riforma dei servizi consolari, la promozione della lingua e della cultura italiane, la riforma della legge sulla cittadinanza e l'analisi degli effetti della "Brexit" sulla comunità e sull'Italia;

altra questione affrontata dal Comitato nel corso degli incontri con il Consiglio generale degli italiani all'estero (CGIE) è stata la necessità di procedere alla riforma delle leggi istitutive del CGIE e dei Comitati degli italiani residenti all'estero (Comites), al fine di affidare un nuovo ruolo a questi tradizionali organi di rappresentanza.

considerato che:

nella XVII Legislatura l'elezione dei senatori nella circoscrizione Estero, avvenuta per la prima volta con le elezioni del 2006, ha consentito al Parlamento la possibilità di creare un nuovo rapporto con i connazionali residenti all'estero, evidenziando, al contempo, la necessità e l'utilità di rafforzare tali legami attraverso l'istituzione di un'apposita sede istituzionale dedicata allo studio, al monitoraggio ed all'analisi della condizione degli italiani residenti all'estero;

l'Italia, a causa dei grandi flussi migratori che l'hanno interessata tra la fine del XIX e la metà del XX secolo, è lo Stato europeo con il più alto numero di cittadini residenti all'estero, pari a oltre 5 milioni di persone;

alla luce dell'importante ruolo svolto dal Comitato per le questioni degli italiani all'estero nelle passate legislature, l'istituzione anche nella XVIII Legislatura di un analogo Comitato rappresenta l'impegno del Senato della Repubblica a mantenere vivo il collegamento con i nostri connazionali all'estero ed a continuare nello svolgimento delle funzioni volte a soddisfare le legittime aspettative dei connazionali, nella consapevolezza che gli italiani residenti all'estero sono per l'Italia una risorsa economica, sociale, culturale e politica,

delibera di istituire il Comitato per le questioni degli italiani all'estero, composto dai sei senatori eletti all'estero e da otto senatori nominati dal Presidente sulla base delle designazioni dei Gruppi, in ragione della consistenza dei Gruppi stessi; il Comitato elegge tra i suoi membri il Presidente, due Vice Presidenti ed un Segretario. I componenti dell'Ufficio di Presidenza del Comitato non dovranno percepire alcuna indennità di ufficio. Il Comitato ha compiti di studio, approfondimento, indirizzo e iniziativa sulle questioni degli italiani residenti all'estero, sulla base del programma dallo stesso definito, anche attraverso incontri e confronti con le comunità italiane all'estero ed incontri con il Governo, le Regioni, le amministrazioni pubbliche, il CGIE e le principali associazioni e istituzioni degli italiani all'estero.

MOZIONI SULLA COLTIVAZIONE E COMMERCIALIZZAZIONE DELLA CANAPA

(1-00031) (25 luglio 2018)

MALLEGNI, BINETTI, GALLIANI, GASPARRI, RIZZOTTI, PAPATHEU, BARBONI, DAMIANI, BERARDI, BATTISTONI - Il Senato,

premessi che:

il Parlamento italiano ha approvato nella XVII Legislatura la legge n. 242 2016, recante "Disposizioni per la promozione della coltivazione e della filiera agroindustriale della canapa";

reca norme per il sostegno e la promozione della coltivazione e della filiera della canapa (*Cannabis sativa* L.);

la canapa industriale (*Cannabis sativa* L.) è una pianta da fibra tessile o coltivata a scopo alimentare che, per essere piantata, deve avere per legge un contenuto complessivo di THC (principio attivo ad azione psicotropa) compreso tra lo 0,2 e lo 0,6 per cento;

la canapa, utilizzata per scopi industriali, appartiene tuttavia alla *Cannabis*, specie di cui fa parte la canapa stupefacente, dalla quale la canapa industriale differisce per alcune caratteristiche morfologiche e per un basso tenore di tetraidrocannabinolo (THC), l'agente psicotropo della *Cannabis*;

la coltivazione della canapa industriale è pertanto soggetta in ogni caso ad una regolamentazione restrittiva;

la coltivazione di tali piante da parte di istituti universitari e laboratori pubblici aventi fini istituzionali di ricerca, può essere tuttavia autorizzata dal Ministro della sanità per scopi scientifici, sperimentali o didattici;

la sentenza n. 360 del 1995 della Corte costituzionale ha sancito che "la condotta di coltivazione di piante da cui sono estraibili i principi attivi di sostanze stupefacenti integra un tipico reato di pericolo presunto, connotato dalla necessaria offensività della fattispecie criminosa astratta";

la sentenza della Corte di cassazione, sezioni unite, n. 28605 del 2008, ha precisato che: 1) costituisce condotta penalmente rilevante qualsiasi attività non autorizzata di coltivazione di piante dalle quali sono estraibili sostanze stupefacenti, anche quando sia realizzata per la destinazione del prodotto ad uso personale; 2) ai fini della punibilità della coltivazione non autorizzata di piante dalle quali sono estraibili sostanze stupefacenti, spetta al giudice verificare in concreto l'offensività della condotta ovvero l'idoneità della sostanza ricavata a produrre un effetto drogante rilevabile;

partendo dalla premessa della Corte costituzionale, la sentenza della Corte di cassazione n.28605, in ossequio al principio di offensività, ha stabilito che spetta al giudice verificare se la condotta, di volta in volta contestata all'agente ed accertata, sia assolutamente idonea a porre a repentaglio il bene giuridico protetto. Pertanto, con riferimento allo specifico caso della coltivazione delle piante, l'offensività non ricorre soltanto se la sostanza ricavabile non è idonea a produrre un effetto stupefacente in concreto rilevabile;

le sentenze della Corte di cassazione n. 22459 e n. 23082 del 2013 hanno affrontato la questione egualmente con riferimento ai caratteri specifici della piantagione, affermando, ai fini della punibilità della coltivazione, l'irrilevanza della quantità di principio ricavabile nell'immediatezza, e la rilevanza, invece, della conformità della pianta al tipo botanico previsto e della sua attitudine a giungere a maturazione ed a produrre la sostanza stupefacente;

se è vero che alcune sentenze della Cassazione del 2013 e 2014 hanno seguito un diverso e meno rigoroso percorso sulla concreta offensività della condotta quando il numero di piante è esiguo, le pronunzie di legittimità più recenti si pongono agevolmente nel solco dell'orientamento più restrittivo, espresso dalle sezioni unite nel 2008 (n. 28605 del 2008 citato), sulla base dei dettami della Corte costituzionale n. 360 del 1995 (si vedano le sentenze della Cassazione n. 3177 del 2015 e n. 38364 del 2015);

ancor più di recente la Corte costituzionale, con sentenza n. 109 del 2016, ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 75 del testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica, n. 309 del 1990, riguardo alla parte in cui non include tra le condotte punibili con le sole sanzioni amministrative la coltivazione di piante di cannabis finalizzata in via esclusiva all'uso personale della sostanza stupefacente, non raccogliendo l'invito della Corte remittente a considerare in tal modo violato il principio di eguaglianza (art. 3 della Costituzione) sotto il profilo della disparità di trattamento, nonché il principio della necessaria offensività del reato (artt.13, comma secondo, 25, comma secondo, e 27, comma terzo, della Costituzione);

la decisione del Consiglio Giustizia e affari interni europeo n. 2004/757/GAI ha individuato anche la mera coltivazione tra le condotte per le quali la normativa europea consente ai singoli Stati membri l'applicazione di sanzioni penali, pur prevedendo le sole norme "minime";

la legge n. 242 del 2016 sembrerebbe contraddire per molti aspetti la citata giurisprudenza sia della suprema Corte sia della Consulta, prevedendo norme indirizzate alla legalizzazione della coltivazione, della lavorazione e della filiera della canapa e dei suoi derivati in quanto depenalizzano alcune parti dell'impianto normativo vigente che, al contrario, si basa sulla consolidata previsione di fattispecie di natura penale;

considerato che:

la stessa legge all'articolo 5 demanda a un decreto del Ministro della salute, da adottare entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore, la definizione dei livelli massimi di residui di THC ammessi negli alimenti;

ad oggi il decreto ministeriale non è stato emanato, consentendo di fatto una libera gestione da parte degli operatori del settore;

l'articolo 6, comma 1, dispone che il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, annualmente destini risorse economiche nel limite massimo di 700.000 euro, per favorire il miglioramento delle condizioni di produzione e trasformazione nel settore della canapa;

secondo l'ultimo rapporto dell'agenzia europea delle droghe OEDT (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze), l'Italia è al terzo posto per uso di cannabis tra i Paesi dell'Unione europea;

il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri ha stimato, nella relazione annuale 2017 sullo stato delle tossicodipendenze, che gli italiani spendono ogni anno 14,2 miliardi di euro per le sostanze stupefacenti, di cui più di un quarto del totale in derivati della cannabis;

lo stesso Dipartimento ha, altresì, stimato che circa una persona su 3, di età compresa tra i 15 e i 64 anni, ha utilizzato almeno una sostanza stupefacente illegale nell'arco della vita;

detta percentuale aumenta al 43 per cento analizzando il campione dei giovani italiani tra i 15 ed i 34 anni;

il primato di consumo va alla cannabis, utilizzata almeno una volta nella vita dal 33,1 per cento della popolazione e dal 42,5 per cento dei giovani adulti;

in un parere richiesto il 19 febbraio 2018 dal Ministero della salute e recentemente reso pubblico, il Consiglio superiore di sanità ha raccomandato al Governo che "siano attivate, nell'interesse della salute individuale e pubblica e in applicazione del principio di precauzione, misure atte a non consentire la libera vendita dei suddetti prodotti";

il Consiglio superiore di sanità infatti ha evidenziato che "non appare in particolare che sia stato valutato il rischio al consumo di tali prodotti", e va evitato che "l'assunzione inconsapevolmente percepita come 'sicura' e 'priva di effetti collaterali' si traduca in un danno per se stessi o per altri";

ha rilevato anche che degli effetti di tali sostanze su alcuni soggetti si sappia ancora troppo poco perché "non appare in particolare che sia stato valutato il rischio al consumo di tali prodotti in relazione a specifiche condizioni, quali ad esempio età, presenza di patologie concomitanti, stati di gravidanza/allattamento, interazioni con farmaci, effetti sullo stato di attenzione, così da evitare che l'assunzione inconsapevolmente percepita come sicura e priva di effetti collaterali si traduca in un danno per se stessi o per altri (feto, neonato, guida in stato di alterazione)";

ha ritenuto inoltre che "tra le finalità della coltivazione della canapa industriale" previste dalla legge n. 242 del 2016 "non è inclusa la produzione delle infiorescenze né la libera vendita al pubblico; pertanto la vendita dei prodotti contenenti o costituiti da infiorescenze di canapa, in cui viene indicata in etichetta la presenza di 'cannabis' o 'cannabis light' o 'cannabis leggera', in forza del parere espresso sulla loro pericolosità, qualunque ne sia il contenuto di Thc, pone certamente motivo di preoccupazione";

la droga esercita un'azione distruttiva sia sull'organismo sia sul sistema nervoso, agendo direttamente sui neurotrasmettitori, altera la trasmissione degli impulsi nervosi determinando gravissime conseguenze quali: perdita della capacità di reagire agli stimoli, incapacità di valutare e controllare le proprie azioni, sdoppiamento della personalità, alterazioni mentali, distorta percezione dello spazio e del tempo e alterazione di tutte le funzioni fondamentali. Sull'organismo, la droga è in grado di arrecare danni irreversibili a diversi e molteplici organi ed è, in taluni casi, causa di tumori o patologie similari e ovviamente di morte;

secondo numerosi studi ed analisi, la quasi totalità dei fruitori abituali di eroina o cocaina ha in precedenza fatto uso di marijuana. Appare quanto mai evidente una stretta correlazione tra l'uso delle droghe leggere ed il successivo approccio alle droghe pesanti, dove la cannabis può essere facilmente individuata quale anticamera, nella stragrande maggioranza dei casi, alla tossicodipendenza;

secondo la SITD (Società italiana tossicodipendenze), in Italia nel 2017 sono morte 196 persone per *overdose*: l'età media dei deceduti si attesta sui 38 anni circa;

le rilevazioni sugli esiti nefasti per abuso di droga hanno avuto inizio in Italia a partire dal 1973 con l'unico caso segnalato in quell'anno e nei successivi 44 anni i morti sono stati complessivamente più di 25.000;

secondo i dati forniti dal Ministero dell'interno, nel 2017 gli incidenti stradali rilevati da Carabinieri e Polizia stradale, nei quali sono state riportate lesioni a persone e almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono stati 1.355, pari al 2,3 per cento degli incidenti complessivamente rilevati;

attualmente, in Italia, secondo i dati diffusi da "Magica Italia", la guida dedicata al mondo della cannabis, i negozi "*grow shop*" dediti alla libera vendita, anche *online*, della canapa con bassi livelli di THC e prodotti derivati sono più di 400, almeno uno in ogni capoluogo di provincia, per un giro d'affari complessivo annuo di 40 milioni di euro;

l'associazione culturale "Comunicazione e legalizzazione", con sede in piazzale Picelli a Parma, ha dato vita alla prima scuola di alta formazione sul mondo della Cannabis denominata "Cannabis businnes school",

impegna il Governo:

- 1) ad emanare urgentemente, a seguito del parere espresso dal Consiglio superiore di sanità, un provvedimento per la sospensione della commercializzazione di tutti i prodotti della "Cannabis *light*";
- 2) ad attivarsi con urgenza prevedendo una regolamentazione più stringente delle modalità di coltivazione e commercializzazione della canapa;
- 3) a valutare l'opportunità di destinare in altro modo le risorse economiche di cui al comma 1 dell'articolo 6 della legge n. 242 del 2016;
- 4) ad emanare urgentemente il decreto ministeriale come prescritto dall'art. 5, comma 1, della legge per definire i livelli massimi di residui di THC ammessi negli alimenti;
- 5) a verificare se le condotte della "Cannabis businnes school" siano conformi alle prescrizioni di legge.

(1-00089) (5 marzo 2019)

BOLDRINI, COLLINA, BINI, ASTORRE, GIACOBBE, IORI, PARENTE, PATRIARCA, ROJC - Il Senato,

premessi che:

la legge 12 febbraio 2016, n. 242, recante "Disposizioni per la promozione della coltivazione e della filiera agroindustriale della canapa", prevede tra le proprie finalità "il sostegno e la promozione della coltivazione e della filiera della canapa (*Cannabis sativa L.*), quale coltura in grado di contribuire alla riduzione dell'impatto ambientale in agricoltura, alla riduzione del consumo dei suoli e della desertificazione e alla perdita di biodiversità, nonché come coltura da impiegare quale possibile sostituto di colture eccedentarie e come coltura da rotazione" (art. 1);

la legge sostiene e promuove la coltivazione, la trasformazione e lo sviluppo delle filiere finalizzate alla produzione di prodotti tessili, di semilavorati da impiegare nella bioedilizia, nella componentistica, di prodotti alimentari (principalmente semi, oli e farina). Se l'utilizzo della canapa, quale prodotto tessile, appare piuttosto problematico per gli alti costi, altri settori risultano particolarmente interessanti per le prospettive di realizzazione di margini economici rilevanti, che permetterebbero all'agricoltore di ottenere prezzi superiori per la materia prima rispetto a quelli attualmente riconosciuti ad altre produzioni (cereali);

nel maggio 2018, il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali ha emanato la circolare n. 5059 nella quale si chiarisce che "è consentita la

riproduzione di piante di canapa esclusivamente da seme certificato", negando, così, la possibilità di riproduzione per via agamica, attraverso il taleaggio;

in particolare, l'articolo 4, comma 5, della legge n. 242 specifica che "Qualora all'esito del controllo il contenuto complessivo di THC della coltivazione risulti superiore allo 0,2 per cento ed entro il limite dello 0,6 per cento, nessuna responsabilità è posta a carico dell'agricoltore che ha rispettato le prescrizioni di cui alla presente legge", mentre il comma 7 dispone che "Il sequestro o la distruzione delle coltivazioni di canapa impiantate nel rispetto delle disposizioni stabilite dalla presente legge possono essere disposti dall'autorità giudiziaria solo qualora (...) risulti che il contenuto di THC nella coltivazione è superiore allo 0,6 per cento";

la legge non prevede, tuttavia, l'istituzione del tavolo di filiera che, come avviene per altre colture, ha il compito di definire le attività da intraprendere per il sostegno del settore, a partire da un'analisi del comparto che ne metta in luce le potenzialità e i punti di debolezza, individuando le linee di ricerca che risulta più urgente perseguire, favorendo lo scambio di informazioni di natura tecnica e scientifica, indirizzando al contempo l'utilizzo delle risorse a disposizione;

in particolare, l'attivazione della filiera alimentare, con la produzione di semi, farina e olio, particolarmente interessante per gli agricoltori e i trasformatori che realizzerebbero a prezzi remunerativi un prodotto molto ricercato dal mercato e il cui approvvigionamento avviene attualmente principalmente attraverso l'importazione, necessita di chiarezza normativa allo scopo di permettere, da un lato, al produttore di operare in piena sicurezza e, dall'altro lato, al consumatore di acquistare un prodotto salubre e sicuro. A questo proposito, l'articolo 5 della legge n. 242 del 2016 sancisce che "Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i livelli massimi di residui di THC ammessi negli alimenti";

il sostegno al settore della canapicoltura e alla strutturazione delle filiere si sostanzia nella norma finanziaria prevista dall'articolo 6, secondo la quale "Il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, compatibilmente con la normativa europea in materia di aiuti di Stato, destina annualmente una quota delle risorse disponibili a valere sui piani nazionali di settore di propria competenza, nel limite massimo di 700.000 euro, per favorire il miglioramento delle condizioni di produzione e trasformazione nel settore della canapa" e "Una quota delle risorse iscritte annualmente nello stato di previsione del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, sulla base dell'autorizzazione di spesa di cui alla legge 23 dicembre 1999, n. 499, può essere destinata, con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, al finanziamento di progetti di ricerca e sviluppo per la produzione e i processi di prima trasformazione della canapa, finalizzati prioritariamente alla ricostituzione del patrimonio genetico e all'individuazione di corretti processi di meccanizzazione";

ad oggi, tuttavia, non sono state destinate risorse né a valere sui piani di zona nazionali di settore di competenza del Ministero né a valere sui fondi di cui alla legge n. 499 del 1999;

nel mese di aprile 2018 il Consiglio superiore di sanità, nel parere reso al Ministro della salute non ha escluso la potenziale pericolosità per la salute umana della libera vendita dei prodotti contenenti o costituiti da infiorescenze di canapa a basso contenuto di THC;

la stessa Federfarma, con una circolare alle associazioni provinciali e alle unioni regionali, a seguito di una serie di richieste di chiarimento sul tema giunte dal territorio, invita alla cautela nel valutare l'opportunità di vendere in farmacia prodotti a base di canapa (*Cannabis sativa*), in conseguenza di una normativa ancora da completare;

alla luce di tali osservazioni, il Ministero della salute ha richiesto un parere all'Avvocatura dello Stato che a sua volta ha chiesto informazioni anche ad altri Ministeri interessati;

considerato che, attualmente, in Italia, i negozi "grow shop" dediti alla vendita della canapa con bassi livelli di THC e prodotti derivati sono più di 400;

considerato infine che:

si ricorda che l'articolo 18-*quater* del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172, ha disciplinato la produzione e la trasformazione di cannabis per uso medico, prevedendo che la canapa a uso terapeutico può essere prodotta solo ed esclusivamente dallo stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze che provvede allo sviluppo di nuove preparazioni vegetali a base di cannabis per la successiva distribuzione alle farmacie, che le dispensano dietro ricetta medica non ripetibile, la rimborsabilità è a carico del Servizio sanitario nazionale ed è subordinata alle indicazioni delle singole Regioni;

questa importante disposizione fu introdotta con il determinante contributo di numerosi Gruppi politici di maggioranza e opposizione presenti in Parlamento nella XVII Legislatura, al fine di consentire alle persone malate di questo Paese il diritto all'uso terapeutico della cannabis;

considerato infine che è compito di un Paese civile dare risposta ai problemi con la certezza della scienza e senza i falsi timori derivanti da pregiudizi senza alcun fondamento scientifico,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere le iniziative necessarie al fine di provvedere alla riorganizzazione organica della materia relativa alla filiera agroindustriale della canapa per garantire a tutti gli operatori del settore una normativa certa cui attenersi, nonché ad adottare

le iniziative necessarie a confutare falsi timori in materia, derivanti da pregiudizi senza alcun fondamento scientifico;

2) a definire, con decreto del Ministero della salute, i livelli massimi di residui di THC ammessi negli alimenti così come previsto dall'articolo 5 della legge n. 242 del 2016, ponendo così fine ai margini di incertezza per un compiuto inquadramento della tematica;

3) ad adottare ogni iniziativa utile alla costituzione ufficiale del tavolo di filiera al fine di favorire il reale sviluppo di intese sia per quanto riguarda le produzioni alimentari, sia quelle tessili, sia quelle impiegate nel settore della bioingegneria;

4) ad adottare ogni iniziativa finalizzata all'assegnazione delle risorse individuate dalla legge n. 242 del 2016 alle finalità dalla stessa indicate.

MOZIONI SULLE MISURE PER FRONTEGGIARE LE MALATTIE ONCOLOGICHE

(1-00067) (29 gennaio 2019)

ROMEO, PERGREFFI, MARIN, BRUZZONE, BERGESIO, PELLEGRINI Emanuele, SAVIANE, FERRO, CASTELLONE, TOSATO, RIVOLTA, FREGOLENT, CALDEROLI, FLORIS - Il Senato,

premessi che:

il cancro è oggetto di ampie trattazioni a livello ed internazionale, sia da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità, che della Commissione europea;

il 31 maggio 2017, nel corso della settantesima assemblea dell'OMS, è stata approvata una risoluzione sulla prevenzione ed il controllo del cancro;

la risoluzione spinge gli Stati membri a definire piani nazionali di controllo del cancro, migliorare la qualità di raccolta dati e dei registri, promuovere la prevenzione primaria, oltre a piani di riduzione del fumo;

la stessa risoluzione raccomanda, inoltre, di porre in essere attività rivolte alla diagnosi precoce del cancro, di sviluppare protocolli diagnostico terapeutici assistenziali rivolti alla gestione della patologia, di promuovere un ricorso sostenibile agli strumenti di diagnosi e cura dei tumori, di assicurare ai pazienti, laddove necessarie, le cure palliative, di promuovere la ricerca sul cancro, di favorire forme di collaborazione fra le autorità e le associazioni pazienti e di favorire l'impiego in centri di eccellenza della psico-oncologia;

sempre secondo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, il cancro è la principale malattia a livello mondiale con 14,2 milioni di nuovi casi nel 2012 e una proiezione di oltre 21,6 milioni nel 2030;

in Italia, malgrado l'altissimo livello dei ricercatori e clinici attestato dal recente congresso dell'American society of clinical oncology (ASCO) svoltosi a Chicago, a causa di fattori culturali, socio-economici ed ambientali, ci sono parecchie disparità nell'esposizione ai fattori di rischio, nell'accesso agli *screening* per la prevenzione oncologica, alla diagnosi precoce e alla cura;

tenendo presente i notevoli avanzamenti terapeutici degli ultimi anni, si assiste ad una difficoltà di accesso ad essi per questioni legate, soprattutto, alla sostenibilità del sistema e all'eccessiva frammentazione delle decisioni a livello territoriale;

considerato che:

secondo il rapporto AIOM/AIRTUM, sono 369.000 i nuovi casi di cancro stimati nel 2017 (192.000 fra i maschi e 177.000 fra le femmine), le 5 neoplasie più frequenti nel 2017 nella popolazione sono quelle del colon-retto (53.000 nuovi casi), seno (51.000), polmone (41.800), prostata (34.800) e vescica (27.000);

in Italia vivono oltre 3.300.000 malati di cancro, il 5 per cento circa dell'intera popolazione italiana. La sopravvivenza cresce ogni anno e oggi oltre il 60 per cento dei pazienti ha una sopravvivenza a 5 anni;

in Italia ci sono notevoli disparità di trattamento dovute alle diverse gestioni all'interno delle singole Regioni, che determinano tempi e qualità della prestazione profondamente diversi e spesso conflittuali;

in questo difficile contesto, la presa in carico del paziente è un momento strategico in grado di segnare in modo decisivo la qualità del percorso terapeutico;

anche la prevenzione è un aspetto fondamentale che richiede strategie di comunicazione condivise e capaci di convincere la popolazione ad affrontare con responsabilità gli *screening* oncologici oggi offerti dai LEA (livelli essenziali di assistenza);

gli stili di vita hanno in questa prospettiva un'importanza fondamentale e, in questo senso, sono necessarie politiche rivolte alla promozione della dieta mediterranea, dell'attività fisica, alla lotta contro il fumo e l'*alcool* e gli altri fattori di rischio;

il movimento di associazioni pazienti "La salute un bene da difendere, un diritto da promuovere", coordinato da "Salute Donna" *onlus*, ha dato vita negli ultimi anni ad un intergruppo parlamentare nazionale a 4 intergruppi consiliari regionali (Calabria, Lazio, Lombardia, Puglia) al fine di identificare percorsi condivisi con il mondo politico e rivolti a migliorare i processi di presa in carico e cura dei pazienti onco-ematologici, affrontando con realismo e nei limiti della sostenibilità del sistema una serie di problematiche puntuali e afferenti all'universo dell'onco-ematologia,

impegna il Governo:

- 1) a garantire a breve l'adozione di un nuovo piano oncologico nazionale basato sulla centralità del paziente e del suo percorso terapeutico, in cui sia inserito un sistema di indicatori delle *performance* a livello regionale;
- 2) a dare effettiva attuazione alle reti oncologiche ed ematologiche regionali al Registro tumori nazionale;
- 3) a dare continuità al dialogo e al confronto con le istituzioni sanitarie per favorire la messa a punto e l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le diverse forme di cancro, prevedendo il coinvolgimento ed il contributo permanente delle associazioni pazienti di riferimento per specifica patologia neoplastica, portatori di interessi imprescindibili del percorso;
- 4) a garantire l'accesso permanente delle associazioni pazienti presso i tavoli istituzionali di riferimento nel campo dell'onco-ematologia;
- 5) a promuovere a livello territoriale l'approccio multidisciplinare e il lavoro di *équipe* con la presenza di diversi specialisti con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psicofisico del paziente oncologico ed onco-ematologico;

- 6) a favorire l'istituzione nelle Regioni del Centro accoglienza e servizi (CAS), porta d'ingresso ed inizio del percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico;
- 7) a lavorare per mantenere un adeguato e sostenibile finanziamento del Fondo per i farmaci oncologici innovativi e il suo corretto ed uniforme utilizzo da parte delle Regioni;
- 8) a favorire la diffusione e l'accesso ai *test* diagnostici molecolari, che permettono di accedere a terapie *target* personalizzate, utilizzando in modo appropriato le risorse del Servizio sanitario nazionale;
- 9) a garantire la corretta informazione del medico al paziente e ottenere la sua condivisione nel caso si opti per uno *shit* terapeutico;
- 10) a diffondere informazioni chiare e puntuali sulla ricerca clinica e facilitare l'accesso agli studi clinici da parte dei pazienti oncologici e onco-ematologici con l'obiettivo di favorire l'approvazione e la disponibilità tempestiva delle terapie più innovative;
- 11) a riconoscere ufficialmente la psico-oncologia come professione sanitaria;
- 12) a completare l'istituzione in tutte le Regioni italiane delle "Breast Unit", il cui termine fissato a livello comunitario è scaduto nel 2016;
- 13) a lavorare per garantire, nel rispetto dei vincoli della sostenibilità del sistema e delle necessità dei pazienti oncologici e onco-ematologici, un accesso regionale il più rapido possibile alle nuove terapie anche attraverso sistemi alternativi ai proutuari terapeutici ospedalieri regionali, come già fatto in alcuni Regioni;
- 14) a porre in essere campagne di comunicazione più efficaci per promuovere l'adesione agli *screening* oncologici garantiti dai LEA;
- 15) a promuovere un nuovo piano di comunicazione per la prevenzione come "Guadagnare Salute", riconosciuto da studi pubblicati come molto efficace per prevenire l'insorgenza di molte malattie incluse quelle oncologiche.

(1-00086) (5 marzo 2019)

BERNINI, MALAN, RIZZOTTI, BINETTI, TOFFANIN, STABILE, SICLARI, GALLONE, FERRO, SCHIFANI, MASINI, GALLIANI, BERUTTI, MOLES, BATTISTONI, BERARDI, CALIENDO, FANTETTI, LONARDO, PAPATHEU, TESTOR, CANGINI, BARBONI, GIRO, MINUTO, DAL MAS, GASPARRI, MODENA, PAROLI, AIMI, CONZATTI, CARBONE, PEROSINO, BIASOTTI - Il Senato,

premessi che:

dai dati pubblicati nel 2018 e riportati nel volume a cura dell'Associazione italiana di oncologia medica "I numeri del cancro in Italia 2018", relativi all'incidenza dei tumori in Italia, emerge che i nuovi casi diagnosticati ammontano a 373.000 in un anno, con un aumento rispetto al 2013, quando furono 366.000;

oggi, sono quasi 3 milioni e 400.000 le persone che vivono dopo una diagnosi oncologica, con un incremento del 3 per cento annuo;

l'aumento delle cronicità, l'innalzamento dell'aspettativa di vita, l'avvento di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche costituiscono un onere notevole per il nostro Servizio sanitario nazionale, cosa che deve ulteriormente spingere alla massima attenzione nell'impiego delle risorse;

in questi ultimi anni, si è assistito agli effetti dei cosiddetti piani di rientro delle Regioni, con notevoli tagli trasversali dei servizi, che hanno spesso comportato, da un lato, una modesta riduzione degli sprechi e, dall'altro, disagi per tanti cittadini;

sebbene il SSN sia stato fino ad oggi generalmente in grado di sostenere il peso crescente della malattia e di rispondere alle esigenze di questi pazienti, è urgente individuare soluzioni per rendere più efficiente il modello di assistenza oncologica; secondo il citato volume, circa un quinto dei costi per la cura del cancro potrebbe essere meglio impiegato, migliorando l'efficienza complessiva del sistema, fermo restando l'obiettivo generale di garantire un livello di finanziamento pubblico adeguato alla domanda di salute;

è, infatti, necessario far fronte a criticità urgenti che rischiano di compromettere la qualità dell'assistenza: va affrontato il problema degli esami motivati non da una valutazione realmente diagnostica, ma volti alla "medicina difensiva", fenomeno che non può che aumentare in presenza di interventi sempre più frequenti della giustizia in materia medica, va presa, altresì, in esame la reale efficacia di determinate terapie e va prestata attenzione all'organizzazione delle visite di controllo;

le liste di attesa sono troppo lunghe, l'adesione ai programmi di *screening* è insufficiente soprattutto al Sud, le reti oncologiche regionali sono attive solo in alcune aree e i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) non sono uniformi nelle varie Regioni con conseguente spreco di risorse;

considerato che:

l'analisi conoscitiva dei dati epidemiologici riguardanti le neoplasie in Italia, permette di pianificare sulla base di criteri oggettivi gli interventi di programmazione sanitaria da effettuare in ciascuna Regione e fornisce uno strumento utile per le Regioni stesse e per il Governo centrale per sostenere investimenti mirati a potenziare il servizio pubblico là dove necessario, con ottimizzazione delle risorse umane e logistiche disponibili;

ad esempio, aumenti di incidenza di determinate neoplasie in alcune Regioni, qualora registrati, potrebbero fornire il razionale epidemiologico per l'attivazione di nuove campagne *ad hoc* di prevenzione e *screening* ;

i dati epidemiologici aggiornati sull'andamento dei tumori in Italia permettono inoltre di prevedere con buona approssimazione l'impegno finanziario che graverà sul SSN, consentendo una programmazione appropriata, con previsione e ottimizzazione delle risorse;

tenuto conto, inoltre, che:

nel 2017, in Italia, la spesa farmaceutica totale è stata di 29,8 miliardi di euro (il 75 per cento rimborsato dal Servizio sanitario nazionale). La legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio 2017), all'articolo 1, commi 400, 401 e 405, ha stanziato per gli anni 2017 e seguenti 500 milioni di euro annui per i farmaci innovativi e 500 milioni di euro annui per i farmaci innovativi oncologici, così come qualificati in base ai criteri predisposti da AIFA;

nel 2017, la spesa annuale per i farmaci innovativi non oncologici è stata di 308 milioni di euro e per quelli oncologici di 409 milioni;

sulla base della normativa vigente, laddove le risorse previste nei fondi non siano totalmente impiegate per le finalità evidenziate, queste confluiscono nella quota di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* senza alcun particolare vincolo di destinazione;

la legge di bilancio per il 2019 (legge 20 dicembre 2018, n. 145) non reca modifiche al riguardo, lasciando inalterata la consistenza e la finalità dei fondi, e non ne prevede alcuna estensione per gli anni successivi;

nel 2019-2022 sono prossime ad entrare nel mercato italiano nuove terapie fortemente innovative dette "trasformative", ossia capaci di trasformare la naturale storia patologica di un paziente, che offrono soluzioni "*one shot*" specifiche per il paziente o per nicchie di pazienti, ad alto costo; si tratta delle "terapie geniche" che per loro intrinseche caratteristiche possono essere somministrate solo in centri di riferimento altamente specializzati; è doveroso garantire ai pazienti immediato accesso alle suddette terapie trasformative;

è, inoltre, ormai noto che solo le reti oncologiche regionali permettono un collegamento reale fra i centri e lo sviluppo integrato dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e offrono al paziente la garanzia di ricevere le cure migliori negli ospedali più vicini al domicilio, con significativi risparmi;

oggi, le reti oncologiche sono operative solo in sei Regioni (Toscana, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Liguria); il problema della loro istituzione è stato affrontato nel piano oncologico nazionale, ma è rimasto embrionale;

dai dati a disposizione sembra che quasi la metà dei tumori potrebbe essere prevenuta adottando per tutta la vita un'alimentazione adeguata. L'alimentazione,

però, svolge un ruolo fondamentale anche per affrontare e sconfiggere un tumore. La tematica ha una grande importanza ma il tema non ha ancora la centralità che dovrebbe. In Italia, attualmente, non esiste una legge nazionale che regolamenti e garantisca l'accesso uniforme ai trattamenti di nutrizione clinica e artificiale domiciliare sia nel periodo delle cure attive sia in quello delle cure palliative;

è documentato che il paziente preferisce ricevere a domicilio le cure palliative, nel contesto di una vita familiare, e anche l'assistenza nutrizionale, che pertanto è in stretta relazione di dialogo con il *caregiver* familiare. Il ricorso sistematico alle cure palliative domiciliari riduce del 45 per cento i costi relativi alla fase finale della vita;

i numeri del cancro e il suo elevato impatto sociale, anche in termini di costi da sostenere, giustificano un'autonoma considerazione delle prestazioni assicurate ai malati oncologici dai familiari o da altre "persone di fiducia" nel contesto della futura regolazione del "*welfare* informale". Le peculiarità delle malattie neoplastiche e del conseguente fabbisogno di assistenza che generano rischia, infatti, di scolorire nel contesto di una regolazione rivolta ai *caregiver* genericamente intesi;

per questa immensa platea di *caregiver* (centinaia di migliaia di cittadini italiani e milioni di europei), è necessario un sistema di misure compensative che consentano di adattare la propria vita lavorativa e familiare, ben oltre le misure minime di cui alla proposta di direttiva UE;

anche in Italia, quindi, è diventato urgente riconoscere il valore sociale ed economico dei *caregiver* per la famiglia e per l'intera collettività, persone che vivono una condizione di abnegazione quasi totale, che limitano la loro salute, il riposo, la vita sociale e la realizzazione personale;

preso atto che:

occorrono soluzioni concrete con l'obiettivo di ridefinire il paradigma di gestione del cancro, adottando un'ottica interamente centrata principalmente sul paziente;

il Parlamento si è da sempre impegnato, anche attraverso l'istituzione di Intergruppi parlamentari, per cercare soluzioni alle istanze presentate dalle associazioni delle famiglie e dei pazienti malati di cancro,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare in tempi brevi un nuovo piano oncologico nazionale;
- 2) a realizzare in tutto il territorio nazionale le reti oncologiche regionali;
- 3) a predisporre la riorganizzazione degli ospedali e dei posti letto attraverso l'applicazione reale dei costi *standard*, cioè dei criteri per assegnare le risorse per finanziare i reparti di oncologia;

- 4) a facilitare l'accesso tempestivo dei malati di cancro all'innovazione nella diagnosi e terapia e il superamento delle inaccettabili disparità esistenti tra i Paesi europei;
- 5) a garantire una copertura finanziaria alle terapie geniche, attraverso modelli di finanziamento a medio-lungo periodo, con vincolo di destinazione, incrementando l'attuale fondo per i farmaci innovativi oncologici;
- 6) ad adottare uno o più decreti legislativi per l'introduzione di disposizioni per la piena integrazione della figura del *caregiver* familiare nell'ordinamento giuridico, riconoscendo la specificità del *caregiver* oncologico e attivando la rete delle cure palliative a domicilio, senza inutili attese e senza eccessive burocrazie;
- 7) ad adottare provvedimenti legislativi che regolamentino e garantiscano l'accesso uniforme per i pazienti oncologici ai trattamenti di nutrizione clinica e artificiale domiciliare sia nel periodo delle cure attive sia in quello delle cure palliative;
- 8) a promuovere, mutuando l'esperienza positiva e consolidata delle "breast unit" su tutto il territorio nazionale in ordine al tumore alla mammella, l'appropriatezza della diagnosi e della cura creando una rete tra medici di medicina generale e oncologi e riducendo i tempi tra diagnosi e terapia;
- 9) a garantire un sostegno psicologico ai pazienti colpiti da tumore valorizzando l'attività delle associazioni di pazienti nella loro attività istituzionale;
- 10) a promuovere campagne di sensibilizzazione per potenziare in tutto il territorio nazionale gli *screening* oncologici garantiti dai livelli essenziali di assistenza.

(1-00090) (5 marzo 2019)

BOLDRINI, COLLINA, BINI, STEFANO, ASTORRE, BELLANOVA, CUCCA, D'ARIENZO, GARAVINI, IORI, MAGORNO, MESSINA Assuntela, PITTELLA, SUDANO - Il Senato,

premessi che:

al fine di tutelare i diritti dei pazienti oncologici, "Salute Donna" *onlus* e le associazioni sostenitrici hanno promosso nel Parlamento italiano la formazione dell'Intergruppo "Insieme per un impegno contro il cancro", composto da parlamentari di tutti i Gruppi impegnati a promuovere la lotta al cancro come una priorità della politica sanitaria nazionale e a orientare in tal senso la legislazione;

secondo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità il cancro è la principale malattia a livello mondiale con 14,2 milioni di nuovi casi nel 2012 e una proiezione di oltre 21,6 milioni nel 2030;

in Italia, a causa di fattori culturali, socio-economici e ambientali, ci sono delle disparità nell'esposizione ai fattori di rischio e nell'accesso agli *screening* per la prevenzione oncologica, alla diagnosi precoce e alla cura;

tenendo presente i notevoli avanzamenti terapeutici degli ultimi anni, si assiste ad una difficoltà di accesso ad essi per questioni legate soprattutto alla sostenibilità del sistema e all'eccessiva frammentazione delle decisioni a livello territoriale;

secondo il rapporto AIOM/AIRTUM sono 369.000 i nuovi casi di cancro stimati nel 2017 (192.000 fra i maschi e 177.000 fra le femmine); le 5 neoplasie più frequenti nel 2017 nella popolazione sono quelle del colon-retto (53.000 nuovi casi), seno (51.000), polmone (41.800), prostata (34.800) e vescica (27.000);

in Italia vivono oltre 3.300.000 malati di cancro, il 5 per cento circa dell'intera popolazione italiana. La sopravvivenza cresce ogni anno e oggi oltre il 60 per cento ha una sopravvivenza a 5 anni;

secondo quanto riportato nell'ottava edizione del volume "I numeri del cancro in Italia" pubblicato nel 2018, a seguito della collaborazione tra AIOM (Associazione italiana di oncologia Medica) ed AIRTUM (Associazione italiana dei registri tumori) nel 2018 i dati riportati relativi all'incidenza di tumori in Italia parlano di 373.000 nuovi casi diagnosticati. La mortalità relativa all'anno 2015 è stata di 178.000 decessi;

secondo la pubblicazione, "i dati relativi ai *trend* temporali di questi indici, standardizzati per età (calcolati al netto dell'invecchiamento della popolazione) indicano una diminuita incidenza di tumori, pur in presenza di un miglioramento delle capacità diagnostiche. Questo è vero in particolare per le neoplasie del tratto gastro-intestinale. Tale andamento positivo è certamente da ascrivere alle campagne di *screening* e prevenzione messe in atto dal SSN, che pertanto devono essere mantenute ed implementate";

tuttavia, in Italia ci sono notevoli disparità di trattamento dovute alle diverse gestioni all'interno delle singole Regioni, che determinano tempi e qualità della prestazione profondamente diversi: le differenze che si osservano sono la spia di un *deficit* assistenziale nelle Regioni meridionali che si aggiunge alla minore speranza di vita generale che pure si osserva nelle Regioni del Sud quale epifenomeno delle condizioni di maggiore svantaggio socio economico di quest'area;

inoltre, secondo quanto riportato nella pubblicazione, il settore oncologico, soprattutto sul versante diagnostico e terapeutico, ha dei costi "insostenibili".

la prevenzione è un aspetto fondamentale che richiede strategie di comunicazione condivise e capaci di convincere la popolazione ad affrontare con responsabilità gli *screening* oncologici offerti dai LEA;

gli stili di vita hanno in questa prospettiva un'importanza fondamentale e, in questo senso, sono necessarie politiche rivolte alla promozione della dieta mediterranea, dell'attività fisica, alla lotta contro il fumo e l'alcool e gli altri fattori di rischio;

il documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro 2011-2013 (piano oncologico nazionale) rappresenta, sicuramente, un contributo di apprezzabile livello tecnico programmatico che, oltre a descrivere l'epidemiologia delle patologie neoplastiche in Italia, ha indicato le azioni programmatiche da intraprendere per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie oncologiche alla luce delle più moderne conoscenze;

un limite assai rilevante del piano 2011-2013 è stato quello di non avere fissato, per ciascuna azione programmata, o almeno per quelle di maggiore impatto, obiettivi misurabili attraverso predefiniti indicatori, che le Regioni avrebbero dovuto raggiungere;

in coerenza con gli obiettivi stabiliti dal Gruppo interparlamentare, impegna il Governo:

- 1) a garantire l'adozione di un nuovo piano oncologico basato sulla centralità del paziente e del suo percorso terapeutico, in cui sia inserito un sistema di indicatori delle *performance* a livello regionale;
- 2) a dare effettiva attuazione alle reti oncologiche ed ematologiche regionali e al registro tumori nazionale;
- 3) a dare continuità al dialogo e al confronto con le istituzioni sanitarie per favorire la messa a punto e l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per le diverse forme di cancro, prevedendo il coinvolgimento ed il contributo permanente delle associazioni dei pazienti di riferimento per specifica patologia neoplastica, *stakeholder* imprescindibili del percorso, e a garantire loro l'accesso permanente presso i tavoli istituzionali di riferimento nel campo dell'onco-ematologia;
- 4) a promuovere a livello territoriale l'approccio multidisciplinare e il lavoro di *équipe* con la presenza di diversi specialisti con l'obiettivo di garantire e migliorare il benessere psicofisico del paziente oncologico ed onco-ematologico;
- 5) a favorire l'istituzione nelle Regioni del centro accoglienza e servizi (CAS), inizio del percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico;
- 6) a mantenere un adeguato e sostenibile finanziamento del fondo per i farmaci oncologici innovativi;
- 7) a favorire la diffusione e l'accesso ai *test* diagnostici molecolari che permettono di accedere a terapie *target* personalizzate utilizzando in modo appropriato le risorse del SSN;
- 8) a diffondere informazioni chiare e puntuali sulla ricerca clinica e facilitare l'accesso agli studi clinici da parte dei pazienti oncologici e onco-ematologici con

l'obiettivo di favorire l'approvazione e la disponibilità tempestiva delle terapie più innovative;

9) a riconoscere la psico-oncologia come professione sanitaria;

10) ad adoperarsi affinché si completi l'istituzione in tutta Italia delle "breast unit" il cui termine è scaduto nel 2016;

11) a porre in essere campagne di comunicazione più efficaci per promuovere l'adesione agli *screening* oncologici garantiti dai LEA;

12) a promuovere un nuovo piano di comunicazione per la prevenzione come "Guadagnare Salute";

13) a contrastare il fenomeno delle *fake news* sul cancro e diffondere ai pazienti un'informazione certificata alla luce delle conoscenze scientifiche validate a tutela della salute.