

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

**Martedì 30 settembre 2003**

**465<sup>a</sup> e 466<sup>a</sup> Seduta Pubblica**

## **ORDINE DEL GIORNO**

**alle ore 10**

### **I. Seguito delle discussioni generali dei disegni di legge:**

1. Conversione in legge del decreto-legge 29 agosto 2003, n.239, recante disposizioni urgenti per la sicurezza del sistema elettrico nazionale e per il recupero di potenza di energia elettrica. **(2474)**  
– *Relatori* BETTAMIO e PONZO (*Relazione orale*).
2. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (*Approvato dalla Camera dei deputati*). **(1514)**
  - EUFEMI ed altri. – Disciplina della ricerca e della sperimentazione biogenetica e istituzione di una Commissione parlamentare sulla bioetica. **(58)**
  - TOMASSINI. – Norme in materia di procreazione assistita. **(112)**
  - ASCIUTTI. – Tutela degli embrioni. **(197)**
  - PEDRIZZI ed altri. – Norme per la tutela dell’embrione e la dignità della procreazione assistita. **(282)**

- CALVI ed altri. – Modifiche all'articolo 235 e all'articolo 263 del codice civile in tema di disconoscimento di paternità in relazione alla procreazione medico-assistita. **(501)**
  - RONCONI. – Disposizioni in materia di fecondazione medicalmente assistita. **(961)**
  - ALBERTI CASELLATI ed altri. – Norme in tema di procreazione assistita. **(1264)**
  - TREDESE ed altri. – Norme in materia di procreazione assistita. **(1313)**
  - FRANCO Vittoria ed altri. – Norme sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita. **(1521)**
  - D'AMICO ed altri. – Norme in materia di clonazione terapeutica e di procreazione medicalmente assistita. **(1715)**
  - TONINI ed altri. – Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. **(1837)**
  - GABURRO ed altri. – Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. **(2004)**
- Relatore TREDESE (Relazione orale) – Relatori di minoranza DEL PENNINO; TONINI, BETTONI BRANDANI, CARELLA, D'AMICO, DI GIROLAMO, FRANCO Vittoria, MASCIONI, VIVIANI.*

## **II. Discussione delle mozioni 1-00179 e 1-00186 sulla Sardegna** *(testi allegati).*

## **III. Discussione della mozione 1-00194 sui tumori femminili** *(testo allegato).*

**alle ore 16,30**

### **I. Seguito della discussione del disegno di legge:**

Conversione in legge del decreto-legge 29 agosto 2003, n. 239, recante disposizioni urgenti per la sicurezza del sistema elettrico nazionale e per il recupero di potenza di energia elettrica. **(2474)**

– *Relatori BETTAMIO e PONZO (Relazione orale).*

## **II. Discussione congiunta dei disegni di legge:**

1. Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2002 (*Voto finale con la presenza del numero legale*). (2355)
2. Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2003 (*Voto finale con la presenza del numero legale*). (2356)  
(*Se conclusi dalla Commissione*)

## **III. Seguito della discussione dei disegni di legge:**

- Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (*Approvato dalla Camera dei deputati*). (1514)
- EUFEMI ed altri. – Disciplina della ricerca e della sperimentazione biogenetica e istituzione di una Commissione parlamentare sulla bioetica. (58)
  - TOMASSINI. – Norme in materia di procreazione assistita. (112)
  - ASCIUTTI. – Tutela degli embrioni. (197)
  - PEDRIZZI ed altri. – Norme per la tutela dell'embrione e la dignità della procreazione assistita. (282)
  - CALVI ed altri. – Modifiche all'articolo 235 e all'articolo 263 del codice civile in tema di disconoscimento di paternità in relazione alla procreazione medico-assistita. (501)
  - RONCONI. – Disposizioni in materia di fecondazione medicalmente assistita. (961)
  - ALBERTI CASELLATI ed altri. – Norme in tema di procreazione assistita. (1264)
  - TREDESE ed altri. – Norme in materia di procreazione assistita. (1313)
  - FRANCO Vittoria ed altri. – Norme sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita. (1521)
  - D'AMICO ed altri. – Norme in materia di clonazione terapeutica e di procreazione medicalmente assistita. (1715)

– TONINI ed altri. – Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. **(1837)**

– GABURRO ed altri. – Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. **(2004)**

*Relatore* TREDESE (*Relazione orale*) – *Relatori di minoranza*  
DEL PENNINO; TONINI, BETTONI BRANDANI, CARELLA, D'AMICO, DI  
GIROLAMO, FRANCO Vittoria, MASCIONI, VIVIANI.

## MOZIONI SULLA SARDEGNA

MANUNZA, COMINCIOLI, FEDERICI, DELOGU, TUNIS, MULLAS, NESSA, GIRFATTI. – Il Senato, (1-00179)  
(15 luglio 2003)

premessi che:

la situazione economico – sociale della Sardegna ha manifestato ulteriori segnali di peggioramento nel corso del 2003, come dimostrano i principali indicatori macroeconomici regionali;

permane in Sardegna una «questione infrastrutturale» con una dotazione che la vede tra le ultime regioni in Italia (e Nuoro ultima tra le province); con la mancata attuazione della continuità territoriale per le merci che, unita alla bassa qualità delle reti, determina un alto costo dei trasporti; con l'assenza del metano (unica regione in Italia), a cui si contrappone l'alto livello delle tariffe elettriche, tutti fattori che minano alla radice la competitività del sistema economico e produttivo regionale;

per quanto concerne l'economia reale, il settore industriale ha subito, in particolar modo nel corso dell'anno, un'ulteriore grave contrazione, con conseguente chiusura di impianti ed espulsione di centinaia di lavoratori diretti dai processi produttivi;

il «caso Montefibre» è solo uno, sicuramente il più grave, dei tanti drammaticamente aperti: infatti l'emergenza industriale sta interessando la chimica come la metallurgia, i lapidei e l'agroindustria, la meccanica e il sistema degli appalti,

impegna il Governo:

alla piena e tempestiva attuazione dell'intesa istituzionale di programma, che si articola in Accordi di Programma-Quadro specifici nei settori energia, scuola e formazione, viabilità stradale, trasporti ferroviari, e successivi APQ, riguardanti la continuità territoriale, il regime delle entrate fiscali, il demanio e il patrimonio, le servitù militari, il sistema dei parchi, la rete scolastica e la rete postale, il sistema delle telecomunicazioni e l'agroalimentare;

all'attivazione di una *task force* permanente per realizzare urgentemente tutti i provvedimenti attuativi necessari per ridurre, in particolare, i costi dell'energia e dei trasporti tramite realizzazione di adeguate reti infrastrutturali;

all'introduzione di un provvedimento specifico, a termine e legato alla metanizzazione della Sardegna, per l'abbattimento del costo dell'energia finalizzato al mantenimento di adeguati livelli di competitività per l'industria sarda;

alla stipula dell'accordo di programma per la chimica che definisca una strategia complessiva di riqualificazione e rilancio del settore chimico sardo e dei poli chimici regionali (Assemini, Ottana, Porto Torres), con la

quantificazione degli impegni finanziari e il coinvolgimento dei soggetti attuatori, ad iniziare dall'ENI;

all'attuazione, in materia ambientale, di politiche per la valorizzazione del territorio, del sistema dei parchi, del patrimonio forestale, con l'avvio del Parco Geominerario e il Piano di risanamento e bonifica dei siti industriali.

CADDEO, ANGIUS, BORDON, BOCO, DEL TURCO, FABRIS, MARINO, SODANO Tommaso, DETTORI, GIARETTA, RIPAMONTI, MARINO, MURINEDDU, NIEDDU. – Il Senato,

(1-00186)  
(17 luglio 2003)

premessi che:

la Sardegna, dopo alcuni anni di crescita economica superiore alla media nazionale, rivive una fase di maggior criticità rispetto al resto d'Italia e del Mezzogiorno, come dimostra la flessione nel 2002 di molti settori produttivi, tra cui le attività industriali (- 0,8%), quelle agricole (- 1%), e soprattutto le difficoltà di settori molto importanti come il turismo ed i servizi;

la preoccupazione è cresciuta per la crisi delle industrie chimiche, con la recente chiusura degli impianti della Montefibre di Ottana, nel Nuorese, e di Assemini, in provincia di Cagliari, intaccando così un comparto produttivo che ha rappresentato, fino ad oggi il 30%, della produzione industriale isolana;

una crisi drammatica scuote anche le industrie metallurgiche, agroalimentari, tessili, della carta e lo smantellamento delle grandi e medie imprese sta lasciando in piedi quasi esclusivamente un tessuto di microimprese, mettendo in risalto una generale perdita di competitività del sistema economico, la diminuzione della produttività del lavoro, bassi tassi di occupazione e la riduzione del reddito *pro capite*;

l'allargamento dei mercati e le conseguenze della globalizzazione rendono palpabili la preoccupazione per il futuro e l'insicurezza sociale; si aggrava lo spopolamento delle aree interne, rappresentate dalla maggior parte delle otto province, e sono ripresi i flussi migratori fuori dell'Isola e verso le aree urbane isolate soprattutto da parte delle forze più giovani e con un più elevato grado di formazione; diventa più evidente la disgregazione sociale e l'invecchiamento della popolazione nelle estesissime aree rurali mentre nei poli urbani aumentano le contraddizioni sociali; ovunque si diffondono il disagio sociale e la povertà, specie nelle famiglie con più figli;

in questo quadro diventano ogni giorno più acute le tensioni e più frequenti gli attentati contro amministratori locali, organizzazioni sindacali e simboli dello Stato, mentre il Ministro dell'interno ha riconosciuto recentemente l'operatività di nuclei terroristici di matrice separatista e brigatista;

la società sarda appare di fronte al rischio di un declino, alla chiusura di un lungo periodo di modernizzazione indotta dal lavoro

industriale e dall'attenzione ai problemi delle zone interne, che hanno generato un tessuto sociale ricco di competenze tecniche e professionali;

un simile processo, specie se accompagnato da una devoluzione istituzionale sorda alle ragioni della coesione nazionale e di quella sociale, rischia di omologare l'Isola alle realtà più sottosviluppate, offuscando così quei tratti che hanno fin qui caratterizzato un'identità peculiare sul piano storico e culturale, distinta rispetto al resto della compagine nazionale;

tra le cause del ritardo di sviluppo e della caduta produttiva le principali sono costituite dall'*handicap* dell'insularità, dagli alti costi energetici (appesantiti dall'assenza della rete per il metano), dall'inadeguatezza dei trasporti (condizionati da oneri esorbitanti rispetto a quelli dei competitori della terraferma continentale) e dai problemi legati all'emergenza idrica;

pesa in modo particolare un macroscopico *deficit* infrastrutturale, specie nel campo dei trasporti, mentre il Piano decennale per le infrastrutture strategiche non prevede interventi significativi nell'Isola;

nel quadro dell'allargamento ad est dell'Unione europea e della creazione di un'area euromediterranea di libero scambio appare difficile conseguire gli obiettivi, fissati nel 2000 dalla Conferenza intergovernativa di Lisbona, di raggiungere il 70% della popolazione occupata e di contribuire a fare dell'Europa l'area più dinamica del mondo mediante la modernizzazione delle infrastrutture, la diffusione delle nuove tecnologie e della società della conoscenza e della comunicazione;

il Trattato di Amsterdam ha riconosciuto il peso dell'insularità ed il secondo Memorandum italiano per la definizione delle politiche di coesione economica e sociale per l'Europa allargata insiste sull'esigenza di specifiche politiche necessarie per attutirne le conseguenze;

di fronte a questa realtà, le concrete politiche pubbliche appaiono deboli, prive di una visione capace di riaprire la via dello sviluppo per la società sarda nel suo complesso, slegate dalla prospettiva di partecipazione alla costruzione europea e di offrire anche ai sardi nuove opportunità e nuovi diritti assimilabili a quelli della nuova cittadinanza europea;

colpisce, ad esempio, che l'Intesa Istituzionale di Programma tra lo Stato e la Regione Sarda, sottoscritta il 21 aprile del 1999, con importanti interventi finanziati e tesi alla modernizzazione dell'Isola nel campo dei trasporti, dell'energia e della scuola, non abbia ancora trovato attuazione;

il nuovo articolo 119 della Costituzione prevede la possibilità di destinare risorse finanziarie aggiuntive a quelle ordinarie e consente interventi speciali, come nel passato sono stati quelli del Piano di Rinascita, finalizzati alla promozione dello sviluppo economico e della coesione sociale;

a partire dal DPEF 2004-2006 e dalla prossima legge finanziaria sembra quindi necessario individuare, per la Sardegna, un piano organico di interventi di modernizzazione delle infrastrutture assieme a cospicui investimenti immateriali in formazione, ricerca e innovazione tecnologica ed alla ridefinizione di una politica di promozione dello sviluppo industriale,

impegna il Governo:

a dare attuazione all'Intesa istituzionale di programma tra lo Stato e la Regione sarda, sottoscritta il 21 aprile del 1999, con gli interventi nel campo della viabilità statale, dell'energia, del trasporto ferroviario, della scuola e della formazione;

ad attuare tempestivamente l'Accordo di programma per la qualificazione dei poli chimici della Sardegna, sottoscritto il 14 luglio 2003 con le Organizzazioni sindacali e con la Regione sarda;

ad attivare nell'Isola un programma di medio periodo di ricerca e di innovazione tecnologica finalizzato alla nascita di nuove imprese ed alla crescita competitiva e dimensionale di quelle esistenti;

ad accrescere l'offerta di istruzione pubblica selezionando i centri di eccellenza da potenziare, in modo che possano dialogare alla pari con quelli dell'area mediterranea, ed a riqualificare, d'intesa con la Regione, l'offerta formativa per renderla più aderente al fabbisogno di professionalità espresso dalle imprese;

a realizzare, nell'ambito del Programma decennale delle infrastrutture strategiche, un piano organico di investimenti sia per ammodernare la maglia viaria e ferroviaria principale e di collegamento ai porti e agli aeroporti, sia per dare soluzione strutturale all'emergenza idrica, sia per dotare l'isola di una rete di trasmissione dati a banda larga e ad alta tecnologia;

a dare attuazione alla legge sulla continuità territoriale per le merci portando il costo del trasporto via mare ad un livello equiparabile a quello via terra;

ad accelerare gli adempimenti per la realizzazione del metanodotto, previsto dall'intesa del 21 aprile del 1999, assicurando alle imprese isolate la priorità nell'accesso al mercato liberalizzato dell'energia di importazione fino al loro collegamento alla rete del metano;

a definire un programma di promozione di nuove imprese con il ripristino del credito d'imposta automatico e del *bonus* fiscale automatico finalizzato anche all'emersione del lavoro nero ed alla stabilizzazione dei lavoratori, con la riqualificazione dei bandi della legge n. 488 del 1992, in modo da far crescere le imprese legate alla valorizzazione delle risorse locali, e con la promozione di nuovi contratti di localizzazione per attrarre nuove medie e grandi imprese innovative, orientate all'esportazione, ad alto valore aggiunto e provenienti dall'esterno;

ad individuare congrue risorse finanziarie ed a rafforzare, d'intesa con la Regione sarda, l'integrazione delle diverse fonti di finanziamento, ordinarie, nazionali e regionali, risorse per le aree depresse e fondi strutturali comunitari.

## MOZIONE SUI TUMORI FEMMINILI

BIANCONI, ACCIARINI, ALBERTI CASELLATI, BETTONI BRANDANI, BOLDI, DATO, DENTAMARO, DONATI, FRANCO Vittoria, MANIERI, PAGANO, TOIA, BAIO DOSSI, SOLIANI, PILONI, STANISCI, BONFIETTI, D'IPPOLITO, DE ZULUETA, MAGISTRELLI, IOANNUCCI, DE PETRIS. – Il Senato,

(1-00194)  
(30 luglio 2003)

premessi che:

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 invita gli Stati membri a migliorare la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi, la cura e la fase successiva alla terapia al fine di garantire in tutto il territorio europeo la massima qualità al riguardo e inoltre a creare entro il 2008 le condizioni necessarie per una riduzione globale del 25% della mortalità e la riduzione fino al 5% della diversità nel tasso di sopravvivenza fra Stati membri, che attualmente è del 16% ed è da ricondurre alla disparità per le donne europee nell'accesso alla diagnosi e alla cura;

il tumore al seno è il più frequente nella popolazione femminile e rappresenta la seconda causa di morte per tumore. Nel nostro paese è la prima causa di morte delle donne nella fascia d'età tra i 35 e i 44 anni, soprattutto nelle zone del centro-nord;

in Italia si stima che vivano più di 300.000 donne che hanno avuto una diagnosi di tumore al seno. Ogni anno tale patologia viene diagnosticata a 33.000 donne: nel 25% circa dei casi si tratta di donne in età inferiore a 50 anni, nel 45% di donne in età compresa tra 50 e 70, nel 30% di donne di età maggiore a 70;

il carcinoma della mammella è una malattia molto complessa, le cui cause non sono state a tutt'oggi sufficientemente chiarite. Le donne nella cui famiglia si sono già verificati casi di cancro al seno hanno di norma un rischio maggiore, dovuto a ragioni genetiche, di sviluppare la malattia. Tuttavia, più dell'80% delle pazienti cui viene diagnosticato un cancro al seno non hanno precedenti familiari in tal senso. Oggi si stima che il 5% circa dei casi di carcinoma della mammella siano dovuti a predisposizione familiare;

nel 2000, in base ai dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nell'Unione europea più di 216.000 donne hanno sviluppato un cancro al seno e i decessi sono stati 79.000;

l'art. 32 della Costituzione italiana prevede che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». La Carta dei diritti

fondamentali dell'Unione europea riconosce ad ogni persona il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ricevere cure mediche;

ogni donna deve aver accesso a uno *screening*, a cure e a una post-terapia di qualità, a prescindere dal luogo di residenza, dalla posizione sociale, dalla professione e dal livello di istruzione, ma che attualmente esistono differenze molto marcate fra le regioni e persino fra gli ospedali di una stessa città, in merito alla qualità delle cure fornite per il carcinoma della mammella, e che di conseguenza anche le possibilità di sopravvivenza delle donne variano notevolmente;

la ricerca dimostra che l'intervento più efficace per la prevenzione del cancro al seno o per la sua guarigione riguarda la diagnosi precoce, e quindi molto dipende dallo stadio della malattia al momento della diagnosi, e considerando altresì che il cancro al seno, se diagnosticato in uno stadio iniziale e trattato correttamente, può essere vinto nel 90% dei casi;

il piano d'azione comunitario «L'Europa contro il cancro» ha dato importanti impulsi alla lotta contro il carcinoma della mammella e che le linee guida europee di garanzia di qualità nello *screening* mammografico, messe a punto per la prima volta nel 1992, costituiscono un esempio particolarmente valido di norme di qualità e di prassi di eccellenza nel quadro della politica sanitaria europea;

secondo i dati dell'OMS, uno *screening* mammografico di qualità, ossia l'invito periodico rivolto alla popolazione femminile affinché si sottoponga spontaneamente a un test mammografico gratuito e ad ulteriori eventuali accertamenti, nel quadro di un programma regionale o nazionale sistematico, riferito alla popolazione, può ridurre anche del 35% la mortalità per cancro al seno fra le donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni e che, in base a studi scientifici, la mortalità può essere ridotta del 20% anche fra le donne di età compresa fra i 40 e 49 anni;

l'autoesame del seno da parte della donna fornisce un prezioso contributo alla conoscenza del proprio corpo, ma non può rappresentare un'alternativa alla diagnosi precoce mediante lo *screening*;

lo *screening*, la diagnosi, la cura e la post-terapia del cancro al seno dovrebbero essere effettuati esclusivamente da un'*équipe* medica specialistica interdisciplinare, poiché ciò può aumentare notevolmente le possibilità di sopravvivenza delle pazienti;

servizi di qualità in materia di carcinoma mammario si traducono in economie per il sistema sanitario, a medio e lungo termine, poiché consentono di evitare esami e trattamenti superflui e permettono di diagnosticare più tempestivamente un eventuale cancro al seno, il che riduce il numero di interventi e terapie post-operatorie onerosi;

è necessario assicurare alle pazienti una qualità di vita il più possibile elevata, poiché la terapia del cancro al seno comporta pesanti ripercussioni fisiche e psichiche;

le donne affette da carcinoma mammario devono essere adeguatamente informate dal medico curante in merito alla diagnosi e alla terapia ed essere coinvolte nelle decisioni sulle opzioni terapeutiche con cognizione di causa circa gli effetti collaterali,

impegna il Governo:

a fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria e a sviluppare e attuare strategie efficaci per migliorare la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi, la cura e la post-terapia del carcinoma della mammella, onde garantire in tutto il territorio nazionale la massima qualità al riguardo;

a porsi l'obiettivo, in accordo con la Conferenza Stato-regioni, di creare i presupposti affinché la mortalità media per carcinoma della mammella possa essere ridotta sensibilmente;

a garantire a tutte le donne affette da carcinoma della mammella il diritto ad essere curate da un'*équipe* interdisciplinare e a sviluppare una rete capillare di centri di senologia certificati e interdisciplinari, che debbano soddisfare criteri di qualità;

a garantire un miglior coordinamento tra le attività di ricerca a livello nazionale e a livello europeo;

ad assicurare che il trattamento del cancro al seno si fondi sulla «evidence-based medicine» (medicina basata su prove di efficacia);

ad aumentare le risorse stanziare per la ricerca sul cancro, al fine di: intensificare ulteriormente la ricerca sulle cause e le terapie;

favorire la trasformazione dei progressi realizzati dalla ricerca di base in applicazioni terapeutiche;

migliorare la valutazione dell'efficacia delle terapie e della sicurezza dei risultati;

studiare ulteriormente i nessi tra carcinoma della mammella e potenziali fattori di rischio come il tabacco, l'alimentazione, gli ormoni, lo stile di vita (peso, attività fisica);

mettere a punto un metodo per la valutazione standardizzata del rischio per le donne con predisposizione familiare a sviluppare un carcinoma mammario;

potenziare la ricerca in merito ai protocolli di cura per pazienti degenti e non degenti, affinché in futuro l'ospedalizzazione e il trattamento medico non siano più per le donne causa di inutile stress;

ad attenersi alle raccomandazioni dell'OMS e a porre in essere piani d'azione nazionali contro il cancro coinvolgendo tutti i principali soggetti interessati;

a sviluppare e ad aggiornare costantemente, sulla base di dati concreti, ulteriori linee guida in materia di *screening*, diagnosi, cura e post-terapia, a istituire un coordinamento nazionale per il cancro al seno e a garantire l'attuazione delle linee guida mediante una procedura di verifica trasparente;

a garantire, per quanto riguarda il benessere psichico e l'integrità fisica delle donne:

che a ogni donna sia comunicato il referto dell'esame entro pochi giorni, sia in caso di *screening* sia in caso di esami clinici, e che nessuna donna cui viene diagnosticato un carcinoma mammario debba attendere più di quattro settimane prima di iniziare la cura;

che a ogni donna sia offerta la possibilità, in casi giustificati dal punto di vista medico, di un intervento chirurgico conservativo, così da ridurre il numero di inutili amputazioni della mammella, e che la ricostruzione della mammella sia effettuata per quanto possibile con tessuto autologo e nel minor lasso di tempo possibile;

che ogni donna riceva prima dell'intervento una diagnosi certa (in particolare mediante il ricorso a una biopsia il meno possibile invasiva);

che alle donne con protesi mammaria sia distribuito un «passaporto» in cui sono registrate le caratteristiche particolari delle protesi e la necessaria terapia postoperatoria;

a garantire il rimborso di presidi medici per quanto riguarda la post-terapia;

a diffondere specializzazioni come la chirurgia mammaria, l'assistenza infermieristica a patologie mammarie o la psicologia oncologica, che hanno già dato buoni risultati in alcuni Stati dell'Unione europea, istituendo corrispondenti corsi di formazione e specializzazione;

ad incentivare l'istituzione di centri di consulenza medica e psicologica per le donne con una presunta predisposizione familiare a sviluppare il cancro al seno e a offrire alle donne risultate positive all'esame un programma di *screening* rafforzato;

a varare una regolamentazione specifica sui diritti individuali delle pazienti che riconosca loro i seguenti diritti:

il diritto a un'assistenza medica adeguata e qualificata da parte di personale medico in ambulatori e ospedali adeguatamente attrezzati e organizzati;

il diritto a un'informazione e ad una consulenza comprensibile, competente e adeguata da parte del medico prima, durante e dopo la terapia;

il diritto all'autodeterminazione dopo aver ricevuto un'informazione globale;

il diritto alla documentazione e alla consultazione sul trattamento subito;

il diritto alla riservatezza e alla protezione dei dati;

il diritto a presentare denuncia;

il diritto a un consulto in caso di diagnosi di cancro;

a coinvolgere le associazioni di pazienti nelle decisioni di politica sanitaria più di quanto non avvenga oggi e ad appoggiare adeguatamente il loro lavoro;

a raggruppare le attività delle Direzioni generali sanità, ricerca e società dell'informazione e a dare un contributo italiano alla realizzazione di un sito web comune dell'Unione europea sul cancro, nel quale cittadini/e e non addetti/e ai lavori possano trovare, al pari di medici e ricercatori, informazioni a vari livelli su questa malattia, a cura di ricercatori, associazioni mediche, associazioni di pazienti, ecc., a livello europeo e nazionale, redatte in un linguaggio facilmente comprensibile e in diverse lingue;

a sollecitare le regioni dell'Obiettivo 1 (le regioni del Sud Italia), date le notevoli differenze in termini di accesso allo *screening*, alla diagnosi

e al trattamento del carcinoma della mammella, ad utilizzare maggiormente le risorse dei Fondi strutturali per finanziare la creazione di infrastrutture nel settore sanitario;

ad assicurare, nel programma di revisione dei D.R.G., attenzione al problema della ricostruzione mammaria contestualmente all'intervento chirurgico.





