

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Mercoledì 5 ottobre 2011

alle ore 10 e 16,30

616^a e 617^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

I. Discussione dei documenti:

1. Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere, sui profili del riciclaggio connessi al gioco lecito e illecito. – *Relatore* LI GOTTI. (**Doc. XXIII, n. 3**)
2. Relazione sul fenomeno delle infiltrazioni mafiose nel gioco lecito e illecito. – *Relatore* LI GOTTI. (**Doc. XXIII, n. 8**)

II. Discussione della mozione Soliani, e altre connesse, sul morbo di Alzheimer (testi allegati).

III. Discussione della mozione Baio, e altre connesse, sulle etichettature dei prodotti alimentari per celiaci (testi allegati).

IV. Discussione della mozione Filippi Marco, sulla crisi del settore dell'autotrasporto (testo allegato).

MOZIONI SUL MORBO DI ALZHEIMER

(1-00320 *p. a.*) (19 ottobre 2010)

SOLIANI, ZANDA, BASSOLI, ADAMO, AMATI, ANDRIA, ANTEZZA, ARMATO, ASTORE, BAIO, BARBOLINI, BASTICO, BERTUZZI, BIONDELLI, BLAZINA, BOSONE, BUBBICO, CARLONI, CAROFIGLIO, CASSON, CECCANTI, CHIAROMONTE, CHITI, CHIURAZZI, D'AMBROSIO, DE LUCA, DE SENA, DEL VECCHIO, DELLA MONICA, DELLA SETA, DI GIOVAN PAOLO, FERRANTE, FILIPPI Marco, FONTANA, FOSSON, GARAVAGLIA Mariapia, GARRAFFA, GHEDINI, GIARETTA, GUSTAVINO, INCOSTANTE, LIVI BACCI, LUSI, MAGISTRELLI, MARINARO, MARINO Mauro Maria, MARI-TATI, MAZZUCONI, MOLINARI, MUSSO, NEGRI, NEROZZI, PAPANIA, PASSONI, PEGORER, PERTOLDI, PETERLINI, PIGNEDOLI, PINOTTI, PORETTI, PROCACCI, RANDAZZO, ROILO, ROSSI Paolo, SCANU, STRADIOTTO, VITA, SBARBATI, PINZGER. – Il Senato, premesso che:

il 21 settembre 2010 è stata celebrata, a livello mondiale, la XVII giornata mondiale dell'Alzheimer, istituita nel 1994 dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Alzheimer's disease international (ADI);

l'obiettivo è quello di sensibilizzare le istituzioni con una campagna che ha come *slogan* «Alzheimer. È tempo di agire insieme!»;

in occasione della giornata mondiale, l'associazione ADI ha pubblicato un rapporto secondo il quale nel 2010 i costi relativi alla demenza senile si sono aggirati attorno ai 460 miliardi di euro, corrispondenti all'1 per cento del PIL mondiale;

i malati di Alzheimer e di altre demenze sono oltre 36 milioni nel mondo, più di 6 milioni in Europa e un milione in Italia;

ogni anno in Italia si registrano 150.000 nuovi casi di persone ammalatesi di Alzheimer;

in Italia il costo sanitario annuo varia, secondo lo stadio di evoluzione della malattia, da 15.000 a 50.000 euro *pro capite*, con un costo a carico delle famiglie fino a 30.000 euro;

secondo le previsioni dell'ADI, la demenza e la sua forma più diffusa, l'Alzheimer, sono destinate ad aumentare sempre di più nel corso degli anni fino a raddoppiare entro i prossimi 20 anni, fino a toccare i 66 milioni nel 2030, i 115 milioni nel 2050, con aumento dei casi soprattutto nei Paesi poveri;

l'Associazione italiana malattie di Alzheimer e la federazione Alzheimer Italia, organizzazioni nazionali di volontariato senza fini di lucro, operano sul piano nazionale e internazionale promuovendo la ricerca e tutelando i diritti delle persone colpite dalla malattia;

è stata elaborata la «carta dei diritti del malato di Alzheimer», che ne tutela la dignità e l'accesso ai servizi sociosanitari e giuridici;

premesse inoltre che:

il morbo di Alzheimer è una patologia del sistema nervoso centrale che colpisce l'individuo anche in età presenile provocandone la demenza precoce;

non essendoci un censimento puntuale sull'incidenza annuale del morbo di Alzheimer è difficile stabilire l'insorgenza dei nuovi casi;

le persone portatrici di questa malattia presentano problematiche complesse per la cui soluzione, seppure parziale, è necessaria l'attività coordinata di specialisti medici e paramedici, oltre ad operatori socio-assistenziali;

la quantità di persone colpite da questa malattia e le problematiche ad essa correlate fanno dell'Alzheimer un problema non solo sanitario, ma anche economico e sociale;

sotto il profilo sanitario il problema fondamentale è che, attualmente, non si conoscono i fattori eziologici e la patogenesi; mentre dal punto di vista socio-economico il problema peggiore risiede nel fatto che tale patologia colpisce soggetti anche in età presenile, rendendoli parzialmente o totalmente non autosufficienti, peggiorando la qualità della loro vita e conseguentemente di quella dei loro familiari;

la demenza è un problema sempre più diffuso ed è spesso peggiorata dal senso di solitudine, isolamento e *stress* psicologico cui sono esposti sia l'anziano che le persone che se ne prendono cura;

sul territorio nazionale le risposte ai bisogni dei malati e di chi li assiste risultano scarse e disomogenee. L'80 per cento dei malati è assistito unicamente dalla famiglia, come purtroppo succede per la maggior parte delle malattie croniche, e la durata della malattia è di 7-10 anni dal momento della diagnosi;

il peso di assistenza, cure, paure e angosce ricade tutto, o quasi, sulle famiglie. Il «Rapporto europeo demenza» (2006) conferma che la maggioranza dei malati di Alzheimer è curato in casa (86 per cento) e che solo una piccola minoranza è ricoverata in ospedale (10 per cento) o in residenze specializzate (1 per cento). Lo stesso rapporto, nel 2008, rileva che in media, in ogni famiglia con un malato, ci sono tre persone che lo assistono. Si può stimare che circa 19 milioni di europei siano direttamente o indirettamente interessati dalle demenze,

impegna il Governo:

a prevedere una forma di censimento, a livello regionale e nazionale, delle persone affette dal morbo di Alzheimer e da altre demenze correlate;

a definire le linee guida per l'istituzione e l'attivazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari per la diagnosi, la cura e l'assistenza alle persone affette dal morbo di Alzheimer e da altre demenze correlate, da erogare nelle aziende sanitarie locali in ambito territoriale;

ad adottare provvedimenti di carattere generale che impegnino le Regioni a definire modelli organizzativi di supporto alle famiglie, creando,

anche in risposta all'emergenza, servizi di cura ed assistenza domiciliare, servizi socio-assistenziali e semiresidenziali (centri diurni) o residenziali;
a promuovere, con adeguati finanziamenti, la ricerca per la prevenzione, cura e riabilitazione della malattia, anche in relazione con l'università;

a promuovere l'educazione sanitaria alla popolazione circa i primi sintomi della malattia attraverso campagne di informazione, corsi e seminari;

a promuovere corsi di formazione e di aggiornamento dei medici di base e del personale sanitario destinato ad operare nelle strutture specializzate, al fine di garantire la maggiore competenza e specializzazione nell'erogazione dei servizi;

a prevedere un fondo nazionale per un'adeguata assistenza;

a fornire alle aziende sanitarie strutture, personale e strumentazioni in quantità proporzionali all'incidenza epidemiologica del morbo di Alzheimer e delle demenze correlate;

a favorire l'uniformità su tutto il territorio nazionale delle procedure assistenziali allo scopo di superare disparità di diagnosi e di trattamento anche farmacologico;

a prevedere diverse forme di sostegno anche economico e normativo diretto ai familiari sia da un punto di vista del sostegno che dell'informazione e della formazione, avvalendosi anche dell'iniziativa delle associazioni di volontariato.

(1-00473) (28 settembre 2011)

CARLINO, BELISARIO, GIAMBRONE, BUGNANO, CAFORIO, DE TONI, DI NARDO, LANNUTTI, LI GOTTI, MASCITELLI, PARDI, PEDICA. – Il Senato,

premessi che:

la malattia di Alzheimer e le altre demenze possono essere devastanti non solo per i soggetti che ne sono colpiti, ma anche per le loro famiglie e per chi si prende cura di questi malati;

ogni anno in Italia si registrano 150.000 nuovi casi di persone ammalatesi di Alzheimer;

sul territorio nazionale le risposte ai bisogni dei malati e di chi li assiste risultano scarse e disomogenee: l'80 per cento dei malati è assistito unicamente dalla famiglia e la durata della malattia è di 7-10 anni dal momento della diagnosi;

in Italia il costo sanitario annuo varia, secondo lo stadio di evoluzione della malattia, da 15.000 a 50.000 euro *pro capite*, con un costo a carico delle famiglie fino a 30.000 euro;

il primo Rapporto mondiale sull'Alzheimer (2009) dell'ADI (Alzheimer's Disease International, organizzazione che lavora in tutto il mondo per migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da demenza e delle persone che li assistono) stimava in 36 milioni la popolazione mondiale affetta da demenza, prevedeva il raddoppio ogni 20 anni di questa cifra (66 milioni nel 2030, e 115 milioni nel 2050) e riscontrava che la

maggior parte di questa crescita si verificava nei Paesi a reddito basso o medio (il 58 per cento dei pazienti dementi attualmente vive in Paesi a basso o medio reddito, e tale percentuale salirà al 71 per cento nel 2050);

il secondo Rapporto mondiale sull'Alzheimer (2010) dell'ADI evidenziava come la spesa mondiale per la demenza (460 miliardi di euro nel 2010) ammontasse a più dell'1 per cento del prodotto interno lordo (PIL) globale, e rilevava che, se la spesa per la demenza fosse un bilancio nazionale, esso corrisponderebbe a quello del diciottesimo tra i Paesi più ricchi del mondo;

il terzo Rapporto mondiale Alzheimer (2011), intitolato «I benefici di diagnosi e interventi tempestivi» e diffuso in contemporanea da ADI, Alzheimer's Association USA e Federazione Alzheimer Italia in occasione della XVIII Giornata Mondiale Alzheimer, denuncia che: *a)* i tre quarti dei 36 milioni stimati di persone con demenza nel mondo non hanno una diagnosi e perciò non possono beneficiare di trattamenti, informazioni e cure. Nei Paesi ad alto reddito solo il 20-50 per cento dei casi di demenza sono riconosciuti e documentati. Nei Paesi a basso e medio reddito la percentuale è del 10 per cento; *b)* la mancata diagnosi è spesso il risultato della falsa convinzione che la demenza sia parte del normale invecchiamento e dunque sia inevitabile. Al contrario, il Rapporto dimostra l'importanza di trattamenti mirati, anche e soprattutto nello stadio iniziale della malattia; *c)* la mancata diagnosi è un ostacolo che si oppone significativamente al miglioramento della qualità di vita dei soggetti affetti da Alzheimer o da altre demenze, dei loro familiari e di chi li assiste. Cure mediche e altri interventi di supporto sono disponibili solo per i soggetti che hanno cercato e ricevuto una diagnosi. Ad esempio, i trattamenti farmacologici e gli interventi psicologici e psicosociali attualmente disponibili possono essere efficaci, negli stadi iniziali della malattia, nel migliorare i sintomi dei pazienti affetti da demenza e nel ridurre lo *stress* di chi li assiste. Gli interventi diretti su chi assiste possono essere più efficaci nel permettergli di continuare la sua opera a casa (evitando o ritardando l'istituzionalizzazione del paziente demente), se applicati precocemente nel corso della malattia. Intensificare l'uso degli attuali trattamenti basati sull'evidenza, in particolare di quelli applicati negli stadi iniziali della malattia, permetterebbe ai sistemi sanitari di prepararsi meglio ad adottare nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche più efficaci, via via che diverranno disponibili; *d)* nei Paesi ad alto reddito il costo sociale annuo per ogni paziente affetto da demenza ammonta mediamente a circa 24.000 euro. In contrapposto, il costo completo di un procedimento diagnostico di alta qualità per un caso di demenza ammonta a poco più di 3.500 euro. Sommando a questo anche i costi per gli interventi precoci, si nota che queste cifre sono molto inferiori rispetto a quanto si risparmia ritardando l'istituzionalizzazione del paziente, con un risparmio netto di più di 7.000 euro per soggetto durante il decorso della malattia. Il miglioramento della salute e della qualità di vita di chi assiste, oltre che del malato, rende questo investimento ancor più conveniente: si potrebbero rea-

lizzare importanti risparmi in un momento in cui i Governi sono molto preoccupati per l'aumento dei costi socio-sanitari;

secondo il Rapporto 2011 la maggior parte delle diagnosi di demenza attualmente viene effettuata con grave ritardo provocando un altrettanto grave ritardo nell'effettuazione del trattamento. Ciò limita molto l'accesso a informazioni, terapie, cura e sostegno e aggrava i problemi di tutti i soggetti coinvolti: malati, familiari, società e sistemi sanitari;

a questo scopo ADI raccomanda ai Paesi di tutto il mondo di adottare una strategia nazionale adeguata sull'Alzheimer e sulla demenza in generale;

considerato che:

nell'insieme, questi Rapporti dimostrano chiaramente come l'Alzheimer sia una delle più significative crisi economiche e socio-sanitarie del XXI secolo e come tuttavia l'impatto di questa malattia potrebbe essere controllato se i Governi agissero prontamente per mettere in atto strategie di ricerca, di diagnosi e di cura;

recentemente Australia, Regno Unito, Francia, Norvegia e Corea del Sud hanno varato strategie nazionali di vasta portata per l'Alzheimer e nel gennaio 2011 il National Alzheimer's Project Act è diventato legge negli USA;

l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel suo Piano globale di azione per la salute mentale (mhGAP) ha dichiarato la demenza uno dei 7 disturbi neuropsichiatrici prioritari, in vista di ridurne l'inadeguatezza di trattamento nei Paesi con scarse risorse,

impegna il Governo:

a elaborare una strategia nazionale per il problema della demenza che promuova diagnosi ed interventi precoci, attraverso l'aumento della consapevolezza, la formazione di assistenti socio-sanitari e il potenziamento del servizio sanitario;

a favorire per tutti i servizi di medicina di base l'acquisizione di una competenza di base nel riconoscimento precoce della demenza al fine di poter procedere all'eventuale formulazione di una diagnosi provvisoria di demenza ed al conseguente inizio del trattamento;

a favorire, di concerto con le regioni e con le province autonome di Trento e di Bolzano, la costituzione di una rete di centri diagnostici specialistici finalizzati, tra l'altro, alla verifica e all'approfondimento delle eventuali diagnosi di demenza allo stadio iniziale formulate dai servizi di medicina di base ed alla pianificazione di trattamenti sanitari adeguati;

a favorire, nell'ambito dei servizi di medicina di base, l'adozione di linee guida di intervento basate sull'evidenza, secondo il mhGAP dell'OMS, al fine di effettuare la diagnosi precoce di demenza;

a favorire, attraverso la formazione iniziale, seguita da un aggiornamento costante, per il personale socio-sanitario, ed interventi di educazione sanitaria e centri socio-sanitari per il pubblico, la conoscenza della disponibilità dei presidi farmacologici e non farmacologici più efficaci per i soggetti affetti da demenza;

ad assicurare, di concerto con le regioni e con le province autonome di Trento e di Bolzano, l'adeguato finanziamento dei servizi per la cura della demenza e la costante verifica dell'adeguatezza di tali servizi, in particolare per quanto riguarda l'assistenza nella fasi iniziali della malattia;

a favorire, assicurando adeguati finanziamenti, la ricerca circa: *a)* l'efficacia degli interventi farmacologici e non farmacologici specificamente rivolti ai bisogni dei soggetti allo stadio iniziale della malattia; *b)* i costi ed i vantaggi reali del potenziamento della diagnosi precoce e dei servizi assistenziali nelle fasi iniziali della malattia, con riferimento specifico alle condizioni economiche ambientali; *c)* l'effetto della diagnosi precoce sugli esiti (stato generale di salute, funzione cognitiva, qualità della vita) sia nei pazienti sia in chi li assiste; *d)* il progresso nel migliorare l'adeguatezza del trattamento.

(1-00475) (28 settembre 2011)

D'AMBROSIO LETTIERI, TOMASSINI, BIANCONI, CALABRÒ, CAMBER, DE LILLO, DI GIACOMO, GRAMAZIO, RIZZOTTI, SACCOMANNO. – Il Senato,

premessi che:

la demenza è una sindrome causata da diverse patologie che determinano la progressiva alterazione di alcune fondamentali funzioni: memoria, pensiero, ragionamento, linguaggio, orientamento, personalità e comportamento con la conseguenza di interferire con i più elementari atti quotidiani della vita sino a deteriorarne irrimediabilmente la qualità;

secondo i recenti Rapporti mondiali sull'Alzheimer il numero delle persone affette da demenza è destinato a raddoppiare ogni 20 anni, passando dai 36 milioni nel 2010 ai 115 milioni nel 2050, con costi sanitari e sociali stimati in 604 miliardi di dollari, cifra che rappresenta circa l'1 per cento del prodotto interno lordo mondiale;

la malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza, che in Italia affligge oltre un milione di pazienti con un aumento annuale di circa 150.000 nuovi casi e, in rapporto all'evoluzione della patologia, i costi sanitari e quelli indotti variano tra i 15.000 e i 50.000 euro annui;

il morbo di Alzheimer interessa prevalentemente la popolazione anziana ma sono crescenti i pazienti in età presenile e produttiva, con preoccupanti effetti sociali e devastanti conseguenze per la sopravvivenza economica delle famiglie;

nel nostro Paese non sono disponibili dati ufficiali e aggiornati sull'epidemiologia del morbo di Alzheimer determinando così una possibile carenza di informazioni, riferita anche alla differente incidenza territoriale della patologia e alla possibile disomogeneità della qualità e dell'efficacia dell'offerta di prestazioni erogate da ciascuna Regione;

ai fini di potenziare la prevenzione e la diagnosi precoce si rende necessario aggiornare periodicamente il patrimonio dei saperi dei medici di medicina generale e degli operatori che svolgono attività socio-sanitaria

assistenziale, nonché di svolgere specifiche campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione in generale;

la ricerca scientifica non ha sino ad oggi individuato l'eziopatogenesi della malattia e le moderne terapie farmacologiche si limitano a benefici sintomatici, ad un rallentamento della progressione della malattia e alla cura delle sue conseguenze ma non si registra ancora un'efficacia che ne consenta la guarigione per cui si rende necessario potenziare la ricerca scientifica del settore;

per migliorare l'efficacia dei trattamenti farmacologici e l'erogazione dei servizi socio-sanitari assistenziali i più recenti e autorevoli studi scientifici evidenziano l'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce;

secondo il Rapporto mondiale Alzheimer 2011, la diagnosi precoce e i conseguenti interventi tempestivi potrebbero consentire ai Governi un risparmio fino a 10.000 dollari per paziente e nel mondo potrebbero essere circa 30 milioni i pazienti affetti da morbo di Alzheimer privi di diagnosi e conseguentemente impossibilitati ad accedere ai necessari trattamenti;

considerate le complesse implicazioni sanitarie, sociali ed economiche connesse con il morbo di Alzheimer, l'Organizzazione mondiale della sanità già nel 1994 istituì la giornata mondiale dell'Alzheimer che rappresenta ormai in tutto il mondo un atteso appuntamento annuale che coinvolge la comunità scientifica, i pazienti, le loro famiglie, gli operatori della sanità, le istituzioni e le rappresentanze sociali con indubbi vantaggi per l'informazione, il coinvolgimento e la condivisione di progetti comuni; su questi presupposti settembre 2011 è, per la prima volta, il mese mondiale dell'Alzheimer;

preso atto che:

nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, recentemente approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni, è espressamente prevista la necessità di un governo clinico complessivo delle demenze che sia in grado di utilizzare nella pratica clinica le evidenze scientifiche disponibili, gli approcci multidisciplinari e interprofessionali, il coordinamento delle attività dei diversi servizi dedicati ed il forte coinvolgimento dei diversi operatori socio-sanitari, dei medici di medicina generale, dei familiari e di tutti i soggetti decisori;

nel medesimo Piano si evidenzia la necessità di un serio approccio ai problemi della prevenzione e della gestione delle patologie neurologiche con l'esigenza di creare sinergie tra competenze multidisciplinari che non si possono esaurire nel solo ambito sanitario;

lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri con cui vengono revisionati i Livelli essenziali di assistenza (LEA) prevede l'attivazione di servizi o nuclei, residenziali e semiresidenziali, dedicati alle persone con demenza con specifiche garanzie per il sostegno e il potenziamento dei servizi erogati, ivi compresi gli interventi di sollievo;

i predetti trattamenti previsti nell'ambito della revisione dei LEA sono assunti all'interno dello schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013, con la specifica individuazione, tra le strutture extraospedaliere

chiamate a rispondere ai bisogni socio-sanitari dei pazienti, di appositi nuclei specializzati (nuclei Alzheimer) per pazienti affetti da demenza senile;

il morbo di Alzheimer, con riguardo alle tutele sanitarie a favore dei pazienti, è una malattia inclusa nell'elenco delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal *ticket* per le prestazioni sanitarie correlate, sia di tipo riabilitativo sia di tipo strumentale;

l'assistenza a persone affette dal morbo di Alzheimer è già inclusa nei LEA e pertanto richiamata nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, che ne prevede l'erogazione sia attraverso prestazioni di assistenza domiciliare integrata, sia attraverso trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale,

impegna il Governo:

a promuovere un'attività di monitoraggio epidemiologico, compatibilmente con i vincoli normativi sulla *privacy*, che consenta di adottare ogni iniziativa necessaria a creare omogeneità nella rete integrata dei servizi socio-sanitari assistenziali su tutto il territorio nazionale;

ad inserire nell'ambito del programma di educazione continua in medicina (ECM) specifici obblighi formativi riferiti all'Alzheimer per gli operatori della sanità che svolgono attività assistenziale riferita alla patologia;

a promuovere idonee iniziative per il sostegno e lo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle malattie neurodegenerative e della demenza;

a definire nei tempi più brevi le procedure per l'approvazione del Piano sanitario nazionale 2011-2013, del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di revisione dei LEA;

a promuovere la definizione di apposite linee guida per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento terapeutico e assistenziale dei pazienti affetti dal morbo di Alzheimer al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e uniformarne l'efficacia e l'efficienza;

a promuovere apposite campagne di educazione sanitaria rivolte alla popolazione per migliorarne la consapevolezza e le corrette modalità per rapportarsi alle strutture del Servizio sanitario nazionale e agli operatori.

MOZIONI SULLE ETICHETTATURE DEI PRODOTTI ALIMENTARI PER CELIACI

(1-00466) (22 settembre 2011)

BAIO, TOMASSINI, DIVINA, BASSOLI, THALER AUSSERHOFER, MASCITELLI, GUSTAVINO, ASTORE, CASTIGLIONE, ADAMO, ANTEZZA, ARMATO, BERTUZZI, BIANCHI, BIANCONI, BRUNO, BUBBICO, CECCANTI, D'AMBROSIO LETTIERI, DE LILLO, DI GIOVAN PAOLO, FERRANTE, GARAVAGLIA Mariapia, GERMONTANI, MAGISTRELLI, MAZZUCONI, MILANA, MONGIELLO, PALMIZIO, PASSONI, PERTOLDI, SAIA, SANTINI, TOFANI, VIMERCATI, ZANOLETTI, DE SENA, PINZGER, RUSCONI, CASELLI, SCIASCIA. – Il Senato,

premessi che:

in data 20 giugno 2011 la Commissione europea ha adottato la proposta COM 353, finalizzata alla revisione delle disposizioni in materia di prodotti alimentari destinati a un'alimentazione particolare;

tale proposta prevede, tra l'altro, all'articolo 17, paragrafo 2, l'abrogazione del regolamento (CE) n. 41/2009, relativo alla composizione e all'etichettatura dei prodotti alimentari adatti alle persone intolleranti al glutine, la cui applicazione è prevista a decorrere dal 1° gennaio 2012;

la proposta della Commissione europea prospetta «per ragioni di semplificazione» l'inclusione della disciplina dei prodotti senza glutine e con contenuto di glutine molto basso nel campo di azione del regolamento (CE) n. 1924/2006, avente ad oggetto l'armonizzazione delle disposizioni nazionali concernenti le indicazioni (nutrizionali e sulla salute) figuranti in comunicazioni commerciali, etichettature, presentazioni e pubblicità di prodotti alimentari ad uso corrente;

il regolamento (CE) n. 41/2009, adottato sulla base della direttiva 89/398/CEE relativa all'allineamento delle legislazioni degli Stati membri concernenti i prodotti alimentari destinati ad una alimentazione particolare, è una normativa specifica finalizzata a soddisfare le esigenze nutrizionali di quelle categorie di persone il cui processo di assimilazione, o il cui metabolismo, è perturbato ovvero versano in condizioni fisiologiche particolari e possono ricevere un beneficio dall'ingestione controllata di talune sostanze alimentari;

la proposta COM 353 cancellerebbe, di fatto, dalle etichette dei prodotti alimentari la definizione di «prodotto dietetico» e ridurrebbe la dicitura «senza glutine» ad una etichetta generica;

la celiachia è «una intolleranza permanente al glutine ed è riconosciuta come malattia sociale» (articolo 1 della legge n. 123 del 2005), a cui consegue la necessità di eliminazione totale del glutine dalla dieta di chi ne è affetto;

il glutine è un processo proteico contenuto in grano tenero, grano duro, farro, segale, kamut, orzo ed altri cereali minori;

in Italia la prevalenza della celiachia, sia nei bambini che negli adulti, è attualmente stimata intorno all'1-1,5 per cento, quindi, ne risulta affetta una persona su cento;

secondo alcune stime, i potenziali celiaci sarebbero circa 600.000, quelli diagnosticati circa 60.000 e, ogni anno, sono circa 2.800 i nuovi casi diagnosticati;

la distribuzione della malattia celiaca è considerata omogenea a livello mondiale, sebbene presenti una più elevata incidenza in Europa e nei Paesi con popolazione di origine europea. È possibile affermare che la celiachia è la più frequente intolleranza alimentare presente a livello mondiale;

allo stato attuale, i prodotti per celiaci, sostitutivi degli alimenti con glutine (pane, pasta, prodotti da forno, pizza, dolci, eccetera) sono considerati prodotti dietetici e garantiscono la totale sicurezza per il consumatore celiaco;

in Italia, i prodotti senza glutine sono elencati nel registro nazionale dei prodotti dietetici senza glutine (ai sensi del decreto legislativo n. 111 del 1992) e sono erogati gratuitamente a carico del Servizio sanitario nazionale in forza della legge n. 123 del 2005;

considerato che:

la proposta della Commissione europea, in un'ottica di armonizzazione e semplificazione, non tiene sufficientemente in considerazione la necessità di tutelare alcune categorie sensibili e vulnerabili di consumatori, come quella dei celiaci, fino ad oggi garantiti da una disciplina normativa stringente sia in punto di requisiti nutrizionali specifici, sia in punto di controlli;

in data 27 luglio 2011 la 14^a Commissione permanente (Politiche dell'Unione europea) del Senato, esaminando lo schema di atto comunitario n. 353, ha formulato, per quanto di competenza, e con specifico riferimento alle norme applicabili ai prodotti per celiaci, osservazioni contrarie ai sensi del protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e proporzionalità;

in data 2 agosto 2011, la 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato, esaminando lo Schema di Atto comunitario 353, ha espresso parere contrario rilevando testualmente che «la distinzione tra persone sane e persone che hanno problemi di salute impone una differenza di disciplina. Per le prime può valere la disciplina generica di tutela del consumatore; per le seconde, occorre una disciplina specifica che, per le persone affette da celiachia come nel caso di specie, appare già correttamente individuata nel citato regolamento CE n. 41/2009» e che «la proposta non appare conforme al principio di proporzionalità. Al contrario, le esigenze di tutela della salute dovrebbero comportare non solo di mantenere la vigenza del regolamento (CE) n. 41/2009, ma anche eventualmente di elevarne il rango nell'ambito delle fonti del diritto dell'Unione Europea»;

la proposta della Commissione europea n. 353 del 20 giugno 2011, ove accolta dalle competenti istituzioni comunitarie, può comportare, di fatto un indebolimento della tutela oggi riconosciuta nel nostro ordinamento, posto che la legislazione italiana, oltre a riconoscere la celiachia come malattia sociale, tutela i bambini e gli adulti come categoria di consumatori vulnerabili,

impegna il Governo a promuovere, in sede comunitaria e nell'ambito delle rispettive competenze, tutte le iniziative necessarie al fine di tutelare una categoria di cittadini sensibili, come i celiaci, dai rischi alla salute connessi all'abrogazione del regolamento (CE) n. 41/2009, secondo quanto previsto dall'articolo 17, paragrafo 2, della proposta della Commissione europea n. 353 del 20 giugno 2011, anche alla luce della risoluzione approvata dalla 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato in data 2 agosto 2011 e delle osservazioni formulate dalla 14^a Commissione permanente (Politiche dell'Unione europea) in data 27 luglio 2011.

(1-00474) (28 settembre 2011)

D'AMBROSIO LETTIERI, TOMASSINI, BIANCONI, CALABRÒ, CASELLI, COSTA, DE LILLO, DI STEFANO, GALLO, NESSA, RIZZOTTI, SALTAMARTINI, SPADONI URBANI. – Il Senato,

premessi che:

la celiachia è «una intolleranza permanente al glutine ed è riconosciuta come malattia sociale» (articolo 1 della legge n. 123 del 2005), a cui consegue la necessità di eliminazione totale del glutine dalla dieta di chi ne è affetto;

in Italia la prevalenza della celiachia, sia nei bambini che negli adulti, è attualmente stimata intorno all'1-1,5 per cento, quindi, ne risulta affetta una persona su cento;

la distribuzione della malattia celiaca è considerata omogenea a livello mondiale, sebbene presenti una più elevata incidenza in Europa e nei Paesi con popolazione di origine europea;

è possibile affermare che la celiachia è la più frequente intolleranza alimentare presente a livello mondiale;

premessi, inoltre, che:

in Italia, i prodotti senza glutine sono elencati nel registro nazionale dei prodotti dietetici senza glutine (ai sensi del decreto legislativo n. 111 del 1992) e sono erogati gratuitamente a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) in forza della legge n. 123 del 2005;

il regolamento (CE) n. 41 del 2009, adottato sulla base della direttiva 89/398/CEE, relativa all'allineamento delle legislazioni degli Stati membri concernenti i prodotti alimentari destinati ad un'alimentazione particolare, è una normativa specifica finalizzata a soddisfare le esigenze nutrizionali di quelle categorie di persone il cui processo di assimilazione, o il cui metabolismo, è perturbato ovvero versano in condizioni fisiologiche particolari e possono ricevere un beneficio dall'ingestione controllata di talune sostanze alimentari;

considerato che:

la Commissione europea in data 20 giugno 2011 ha adottato la proposta COM 353, finalizzata alla revisione delle disposizioni in materia di prodotti alimentari destinati a un'alimentazione particolare;

l'obiettivo principale perseguito dalla proposta di regolamento è rappresentato dall'esigenza di armonizzare, semplificare ed aggiornare le norme applicabili alla composizione e all'etichettatura di categorie specifiche di alimenti, al fine di fornire ai consumatori prodotti adeguati sotto il profilo nutrizionale, nonché informazioni dettagliate;

tale proposta prevede, tra l'altro, all'articolo 17, paragrafo 2, l'abrogazione del regolamento (CE) n. 41 del 2009, relativo alla composizione e all'etichettatura dei prodotti alimentari adatti alle persone intolleranti al glutine, la cui applicazione è prevista a decorrere dal 1° gennaio 2012;

la proposta COM 353 cancellerebbe, di fatto, dalle etichette dei prodotti alimentari la definizione di «prodotto dietetico» e ridurrebbe la dicitura «senza glutine» ad un'etichetta generica;

considerato inoltre che:

le Commissioni permanenti 14^a (Politiche dell'Unione europea) e 12^a (Igiene e sanità) del Senato, esaminando lo schema di atto comunitario n. 353, hanno formulato, per quanto di loro competenza, parere contrario sostenendo la violazione dei principi di sussidiarietà e proporzionalità, nonché specificando che la richiesta di abrogazione del regolamento (CE) n. 41/2009 porterebbe all'equiparazione dei prodotti senza glutine ad alimenti di uso corrente comportando l'impossibilità del rimborso di questi prodotti a carico del SSN, e determinando di conseguenza la necessità di rivisitare tutta la normativa di maggior tutela per le persone affette da celiachia; l'abrogazione del regolamento comporterebbe infine un arretramento sostanziale nella tutela delle persone affette da celiachia, tale da eccedere lo scopo di armonizzazione che la proposta intende perseguire ai sensi dell'articolo 114 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea,

impegna il Governo a promuovere, in sede comunitaria e nell'ambito delle sue competenze, tutte le iniziative necessarie al fine di tutelare una categoria di cittadini sensibili, come i celiaci, ai rischi alla salute connessi all'abrogazione del regolamento (CE) n. 41/2009, secondo quanto previsto dall'articolo 17, paragrafo 2, della proposta della Commissione europea n. 353 del 20 giugno 2011, tenuto conto anche della risoluzione approvata dalla 12^a Commissione permanente del Senato in data 2 agosto 2011 e delle osservazioni formulate dalla 14^a Commissione in data 27 luglio 2011.

(1-00476) (28 settembre 2011)

ADERENTI, BOLDI, CAGNIN, MONTANI, MARAVENTANO, RIZZI, VALLARDI, MAZZATORTA. – Il Senato,

premessi che:

la Commissione europea, il 20 giugno 2011, ha presentato (ai sensi dell'articolo 114 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea) una

proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativa agli alimenti destinati ai lattanti e ai bambini e agli alimenti destinati ai fini medici speciali (COM (2011)353 def.);

la Commissione europea intende rivedere le disposizioni in materia di prodotti alimentari destinati a un'alimentazione particolare (ottenuta attraverso uno speciale processo di fabbricazione al fine di soddisfare le esigenze nutrizionali di categorie specifiche della popolazione) contenute nella direttiva 2009/39/CE designata come «direttiva quadro sui prodotti dietetici»;

lo scopo della proposta di regolamento è quello di armonizzare, semplificare ed aggiornare le norme applicabili alla composizione e all'etichettatura di categorie specifiche di alimenti, con l'obiettivo di fornire ai consumatori prodotti adeguati sotto il profilo nutrizionale, nonché informazioni dettagliate;

tale obiettivo dovrebbe essere raggiunto mediante, tra l'altro, l'abrogazione (prevista dall'articolo 17, paragrafo 2 della proposta) del regolamento (CE) n. 41/2009, la cui entrata in vigore era peraltro prevista a partire dal 1° gennaio 2012, quale norma specifica sulla composizione e l'etichettatura dei prodotti alimentari adatti alle persone intolleranti al glutine, prospettando, «per ragioni di semplificazione», l'inclusione della disciplina dei prodotti senza glutine e con contenuto di glutine molto basso nell'ambito del regolamento (CE) n. 1924/2006, destinato alla commercializzazione ed etichettatura dei prodotti alimentari ad uso corrente con la conseguente equiparazione;

tale intervento riguarderebbe un'ampia categoria di prodotti destinati a chi è affetto da celiachia e che ha, quindi, la necessità di eliminare totalmente e per tutta la vita il glutine dalla propria dieta;

i celiaci sono una categoria «sensibile» di consumatori poiché la celiachia è «un'intolleranza permanente al glutine ed è riconosciuta come malattia sociale» (articolo 1 della legge 4 luglio 2005, n. 123, «recante norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia»);

attualmente in Italia risulta affetta da celiachia una persona su 100 e l'intervento della Commissione, anche se volto a semplificare la vita al consumatore generico, rischia invece di complicarla ad alcune categorie vulnerabili di cittadini, come i celiaci, riducendo le garanzie di sicurezza dei prodotti dietetici senza glutine che attualmente sono sottoposti al regime di notifica in tutto il territorio europeo;

attualmente i prodotti «senza glutine» (cioè con contenuto di glutine inferiore a 20ppm) sono considerati prodotti «dietetici» e godono di una specifica normativa che ne garantisce la sicurezza per il consumatore celiaco in termini di assenza di glutine. Una delle principali conseguenze di questa proposta è quella di cancellare la definizione di «prodotto dietetico» e ridurre la dicitura «senza glutine» ad un'etichetta generica della normativa sull'etichettatura degli alimenti, come indicazione nutrizionale benefica, con vantaggio nutrizionale fisiologico o per la salute, riferito alla generalità dei consumatori;

di fatto si andrà ad abrogare il registro nazionale dei prodotti dietetici senza glutine (decreto legislativo n. 111 del 1992), che rappresenta un sostegno fondamentale ai celiaci in quanto raccoglie i prodotti erogabili a carico del Sistema sanitario nazionale (legge n. 123 del 2005);

pertanto la proposta abolisce il concetto di alimenti dietetici e istituisce un nuovo quadro contenente disposizioni generali soltanto per un numero limitato di categorie ben definite di alimenti, giudicati essenziali per alcuni gruppi vulnerabili della popolazione: ad esempio, alimenti destinati ai lattanti e ai bambini e alimenti da utilizzare sotto la sorveglianza di un medico;

la distinzione tra persone sane e persone che hanno problemi di salute impone una differenza di disciplina. Per le prime può valere la disciplina generica di tutela del consumatore, per le seconde, occorre una disciplina specifica che, per le persone affette da celiachia come nel caso di specie, appare già correttamente individuata nel citato regolamento (CE) n. 41/2009 che la proposta di regolamento intende abrogare. Ne consegue che, abrogando detto regolamento, si corre il rischio di un arretramento sostanziale nella tutela delle persone affette da celiachia. Le esigenze di tutela della salute dovrebbero comportare non solo di mantenere la vigenza del regolamento (CE) n. 41/2009, ma anche eventualmente di elevarne il rango nell'ambito delle fonti del diritto dell'Unione europea;

le Commissioni 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) e 14^a Commissione permanente (Politiche dell'Unione europea) del Senato, chiamate a esprimersi sulla proposta di regolamento, ai sensi del protocollo n. 2 sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e proporzionalità al trattato sul funzionamento dell'Unione europea, hanno rispettivamente formulato un parere motivato contrario ed osservazioni contrarie con specifico riferimento alle norme applicabili ai prodotti per celiaci (Doc. XVIII, n. 104),

impegna il Governo a sostenere nelle competenti sedi comunitarie la contrarietà al contenuto della proposta di regolamento (COM (2011)353 def.), espressa nei pareri motivati dalle Commissioni parlamentari del Senato, poiché non tiene sufficientemente in considerazione la necessità di tutelare la salute di alcune categorie di consumatori «sensibili», come quella dei celiaci, che andrebbero altresì incontro a gravi rischi per la salute se detto regolamento fosse accolto appieno, giacché sarebbe indebolita la tutela che fino ad oggi è garantita da una disciplina normativa nazionale stringente sotto il profilo sia dei requisiti che dei controlli.

MOZIONE SULLA CRISI DEL SETTORE DELL'AUTOTRASPORTO

(1-00451) (26 luglio 2011)

FILIPPI Marco, ZANDA, DONAGGIO, MAGISTRELLI, MORRI, PAPANIA, RANUCCI, SIRCANA, VIMERCATI, SANGALLI, TOMASELLI. – Il Senato,

premessi che:

il comparto dell'autotrasporto è attraversato da una profonda crisi e rischia di essere limitato dal mancato intervento di una riforma e da una competizione fondata unicamente sui costi;

nonostante il settore dell'autotrasporto italiano sia quello più assistito dalla finanza pubblica, molte aziende rischiano di soccombere e cessare l'attività a causa delle caratteristiche dimensionali e finanziarie;

negli ultimi 20 anni si è determinata una concentrazione del settore industriale e di quello relativo ai servizi di logistica in grandi multinazionali; nello stesso periodo il settore dell'autotrasporto è rimasto frazionato e destrutturato in imprese di piccole e piccolissime dimensioni. Tale distorsione ha determinato un «peso» negoziale diverso che ha portato le tariffe ad abbassarsi notevolmente, non per effetto della qualità o efficienza del trasporto, ma per una rincorsa al contenimento dei costi, inducendo la maggior parte del settore ad operare nell'irregolarità e nella illegalità;

10 anni di finanziamenti pubblici non hanno modificato lo stato delle cose: incidenti, infortuni e vittime della strada non diminuiscono, le infiltrazioni della malavita che tende ad assumere il controllo della rete di distribuzione aumentano, lo spostamento della merce sulla modalità «gomma» nella quasi totalità del trasportato provoca un inquinamento crescente;

la scelta di effettuare finanziamenti a pioggia ha determinato il mantenimento della struttura del settore, con imprese sempre più deboli e indebitate e il ricorso alla violazione delle regole per comprimere i costi e competere sul mercato, con dipendenti delle imprese che si trovano a guidare mezzi pesanti fino a 24 ore consecutive violando tutte le leggi che regolano la circolazione stradale;

in Italia si è mantenuto un numero di imprese di autotrasporto (93.427, tra le quali si annoverano anche imprese che non hanno mezzi propri ma che effettuano unicamente intermediazione allungando la catena dei subappalti) che è quasi il triplo rispetto a Paesi come la Francia (42.551) o la Germania (34.824);

dal 2000 al 2011 le imprese di autotrasporto hanno ricevuto dallo Stato 4,9 miliardi di euro di incentivi, con un crescendo che ha portato a garantire alla categoria, anche negli anni dei tagli lineari di Tremonti, oltre 700 milioni di euro all'anno (per gli anni 2010 e 2011), più del doppio

rispetto a quanto inserito nel decreto incentivi (decreto-legge 25 marzo 2010, n. 40, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 73 del 2010) che avrebbe dovuto sostenere la ripresa economica dei vari settori dell'economia nazionale. Ma le aziende di autotrasporto sono rimaste, per fatturato, addetti e investimenti, ferme a com'erano nel 2000;

gli aiuti sono stati utilizzati per mantenere prezzi bassi e competere in maniera distorta sul mercato. Tale fenomeno si è ulteriormente aggravato con la concorrenza dei Paesi neo comunitari. In alcuni casi, poi, gli incentivi sono finiti nei bilanci delle associazioni di rappresentanza del settore dell'autotrasporto, come nel caso degli stanziamenti sostenuti per la riduzione dei pedaggi autostradali. Tale misura, del tutto in contraddizione rispetto alle scelte fatte dalla Comunità europea secondo il principio del «chi inquina paga», è istituita nel 1995. Nel 2000 la «voce» diventa strutturale con una dote di 77,5 milioni di euro che è incrementata con stanziamenti di anno in anno. Lo stanziamento è assegnato al Comitato centrale dell'albo degli autotrasportatori per interventi in materia di riduzione dei pedaggi autostradali e sicurezza delle infrastrutture. In realtà annualmente il Ministero delle infrastrutture e trasporti con apposita circolare stabilisce che il 90 per cento dell'importo sia destinato alla riduzione dei pedaggi autostradali e solamente il 10 per cento alla sicurezza stradale. In seguito, l'albo dispone che la percentuale di riduzione sia proporzionale al fatturato annuale che le aziende spendono in pedaggi. Le risorse possono essere riconosciute alle singole aziende di autotrasporto ma anche a cooperative e consorzi in possesso dei requisiti mutualistici, aventi nell'oggetto sociale l'attività di autotrasporto e iscritte all'albo. In realtà nessuno di questi consorzi fa realmente attività di autotrasporto ma consente di raggiungere più facilmente le soglie più elevate di sconto. Sotto i 50.000 euro di pedaggi non spetta la riduzione, tra i 50.000 e i 200.000 euro, la riduzione è del 4,3 per cento e bisogna superare i 2,6 milioni di euro per avere il massimo dello sconto consentito, il 13 per cento;

la maggior parte delle imprese italiane, da sole, arriverebbero a malapena alla prima *tranche* di sconto; così entra in campo il consorzio che, unendo le varie aziende, riesce ad ottenere lo sconto massimo del 13 per cento. È evidente che dell'intero sconto non beneficia esclusivamente le aziende perché una parte importante è trattenuta dal consorzio;

le imprese strutturate sono quelle più a rischio e per questo negli ultimi anni hanno iniziato una politica di delocalizzazione aprendo stabilimenti nei Paesi neo comunitari. I camion, poi, finiscono per operare comunque in Italia;

l'autotrasporto italiano non può essere, quindi, lasciato a se stesso dal Governo che si limita all'ordinaria amministrazione eludendo le questioni di una possibile riforma e da una crisi certa,

impegna il Governo:

a favorire una revisione delle competenze normative in materia di autotrasporto che riaffermi il ruolo del Ministero delle infrastrutture e trasporti, al fine di garantire uniformità di comportamenti in tutto il Paese e di evitare fenomeni di *dumping* territoriale tra imprese;

ad elaborare proposte normative per correggere le distorsioni esistenti nel mercato, favorendo le aggregazioni e lo sviluppo di grosse imprese di trasporto (al pari degli altri Paesi europei) in grado di negoziare in un mercato libero il costo del servizio;

a disporre l'immediata cancellazione, d'ufficio, delle imprese iscritte all'albo autotrasportatori che non dispongono di veicoli;

a prevedere una correlazione più stringente fra ricavi delle aziende per operazioni di autotrasporto e capacità trasportistica per prevenire o contrastare la sproporzione tra gli obblighi contrattuali assunti e la capacità effettiva di sostenerli;

a incentivare le imprese che chiudono, erogando fondi per il pagamento dei debiti dell'impresa, favorendo l'acquisto dei mezzi da parte di altre imprese italiane e garantendo sgravi fiscali e contributivi alle imprese che, acquisendo le imprese in crisi, assumono il personale e i mezzi;

ad intensificare ed inasprire il sistema dei controlli nei confronti delle imprese che violano le normative sul codice della strada e delle imprese che sfruttano irregolarmente la libertà di stabilimento attraverso la finta apertura di sedi all'estero;

a prevedere specifiche e proporzionate sanzioni per le imprese che violano gli obblighi di natura sociale (omissione dei versamenti Iva, oneri sociali e previdenziali, eccetera) o che siano state condannate per violazioni relative alla gestione aziendale;

a sviluppare ed incentivare l'intermodalità, assicurando contributi alle imprese italiane che investono in tale direzione, e a garantire il corretto utilizzo e la piena capacità di tutte le reti di trasporto presenti al fine di aumentare la velocità commerciale, abbattere l'inquinamento e ridurre drasticamente gli infortuni e gli incidenti stradali i cui costi sociali sono di proporzioni immense;

a proporre nuove disposizioni per le cooperative che impiegano soci lavoratori, per impedire che si compiano abusi al fine di ovviare alle norme sulla sicurezza o di tutela dei lavoratori;

ad assumere iniziative per contenere il fenomeno della subvezione limitando a due passaggi la «vendita» dello stesso contratto di trasporto ed inserendo il principio dell'indeducibilità dei relativi costi dal terzo passaggio al fine di disincentivare l'intermediazione;

a favorire la previsione della confisca della merce in caso di trasporto abusivo e mancato rispetto della normativa in materia di costi minimi di sicurezza: misura importante e necessaria se si intende far sì che sia l'intera filiera ad essere effettivamente responsabilizzata;

a reintrodurre nell'ordinamento il principio di pari trattamento in ambito europeo, modificando la disposizione del codice della strada (di cui al decreto legislativo n. 285 del 1992 e successive modificazioni) che impone alle sole aziende italiane di autotrasporto il pagamento immediato in strada delle sanzioni elevate in caso di violazione;

a destinare i proventi derivanti dalle «accise dimenticate» (circa 10 miliardi di euro) al miglioramento della mobilità delle merci e al recupero della carenza infrastrutturale che separa l'Italia dagli altri Paesi.

