



Assemblea

RESOCONTO STENOGRAFICO

ALLEGATI

ASSEMBLEA

783^a seduta pubblica (antimeridiana)

martedì 14 marzo 2017

Presidenza del vice presidente Calderoli

INDICE GENERALE

<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i>	5
<i>ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta)</i>	35
<i>ALLEGATO B (contiene i testi eventualmente consegnati alla Presidenza dagli oratori, i prospetti delle votazioni qualificate, le comunicazioni all'Assemblea non lette in Aula e gli atti di indirizzo e di controllo).....</i>	67

INDICE

RESOCONTO STENOGRAFICO

PREANNUNZIO DI VOTAZIONI MEDIANTE PROCEDIMENTO ELETTRONICO 5

MOZIONI

Discussione delle mozioni 1-00494 (testo 2), 1-00717 (Procedimento abbreviato, ai sensi dell'articolo 157, comma 3, del Regolamento), 1-00740 e 1-00741 su iniziative contro la diffusione dell'AIDS**Approvazione delle mozioni 1-00494 (testo 3), 1-00717 (testo 2), 1-00740 (testo 2) e 1-00741 (testo 2) e dell'ordine del giorno G1 (testo 2):**

PRESIDENTE.....	5, 10
BENCINI (<i>Misto-Idv</i>).....	6
MANDELLI (<i>FI-PdL XVII</i>).....	7
GAETTI (<i>M5S</i>).....	8
D'ANNA (<i>ALA-SCCLP</i>).....	9
CONSIGLIO (<i>LN-Aut</i>).....	10

SALUTO AD UNA RAPPRESENTANZA DI STUDENTI

PRESIDENTE.....	11
-----------------	----

MOZIONI

Ripresa della discussione delle mozioni 1-00494 (testo 2), 1-00717, 1-00740 e 1-00741:

PRESIDENTE.....	11, 22, 25, 29
D'AMBROSIO LETTIERI (<i>CoR</i>).....	11
AIELLO (<i>AP (Ncd-CpE)</i>).....	14
ROMANI MAURIZIO (<i>Misto-Idv</i>).....	16
PUGLIA (<i>M5S</i>).....	18
RIZZOTTI (<i>FI-PdL XVII</i>).....	19
MATTESINI (<i>PD</i>).....	20
FARAONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	22
BENCINI (<i>Misto-Idv</i>).....	25, 29
CONSIGLIO (<i>LN-Aut</i>).....	26
DIRINDIN (<i>Art.1-MDP</i>).....	27
D'ANNA (<i>ALA-SCCLP</i>).....	29

SALUTO AD UNA RAPPRESENTANZA DI STUDENTI

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

MOZIONI

Ripresa della discussione delle mozioni 1-00494 (testo 2), 1-00717, 1-00740 e 1-00741:

PRESIDENTE.....	33
AIROLA (<i>M5S</i>).....	30
MANDELLI (<i>FI-PdL XVII</i>).....	31
BIANCO (<i>PD</i>).....	32

ALLEGATO A

MOZIONI..... 35

Mozioni su iniziative contro la diffusione dell'AIDS	35
Ordine del giorno.....	59

ALLEGATO B

INTERVENTI

Integrazione all'intervento del senatore Romani Maurizio nella discussione delle mozioni 1-00494 (testo 2), 1-00717, 1-00740 e 1-00741.....	67
---	----

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA..... 68**CONGEDI E MISSIONI..... 75****DISEGNI DI LEGGE**

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

GOVERNO

Trasmissione di atti per il parere.....	77
Trasmissione di atti.....	78
Trasmissione di atti concernenti procedure d'infrazione.....	78

PARLAMENTO EUROPEO

Trasmissione di documenti.....	79
--------------------------------	----

MOZIONI E INTERROGAZIONI

Apposizione di nuove firme a interrogazioni.....	80
Mozioni.....	80
Interrogazioni.....	97
Interrogazioni da svolgere in Commissione.....	121
Ritiro di interrogazioni.....	122

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: ALA-Scelta Civica per la Costituente Liberale e Popolare: ALA-SCCLP; Area Popolare (Ncd-Centristi per l'Europa): AP (Ncd-CpE); Articolo 1 - Movimento democratico e progressista: Art.1-MDP; Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Moderati, Idea, Euro-Exit, M.P.L. - Movimento politico Libertas, Riscossa Italia): GAL (GS, Ppl, M, Id, E-E, MPL, RI); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Federazione dei Verdi: Misto-FdV; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-Ipl; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento la Puglia in Più: Misto-MovPugliaPiù; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà: Misto-SI-SEL; Misto-UDC: Misto-UDC.

RESOCONTO STENOGRAFICO

Presidenza del vice presidente CALDEROLI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 11,01*).

Si dia lettura del processo verbale.

PETRAGLIA, *segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del 9 marzo.*

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Comunicazioni della Presidenza

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

Preannunzio di votazioni mediante procedimento elettronico

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

Pertanto decorre da questo momento il termine di venti minuti dal preavviso previsto dall'articolo 119, comma 1, del Regolamento (*ore 11,04*).

Discussione delle mozioni nn. 494 (testo 2), 717 (Procedimento abbreviato, ai sensi dell'articolo 157, comma 3, del Regolamento), 740 e 741 su iniziative contro la diffusione dell'AIDS (ore 11,04)

Approvazione delle mozioni nn. 494 (testo 3), 717 (testo 2), 740 (testo 2) e 741 (testo 2) e dell'ordine del giorno G1 (testo 2)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00494 (testo 2), presentata dalla senatrice Bencini e da altri senatori, 1-00717, presentata dal senatore Mandelli e da altri senatori, con procedimento abbreviato ai sensi dell'articolo 157, comma 3, del Regolamento, 1-00740, presentata dal senatore Gaetti e da altri senatori, e 1-00741, presentata dal senatore Barani e da altri senatori, su iniziative contro la diffusione dell'AIDS.

Comunico che, tenuto conto del numero delle mozioni, degli iscritti in discussione e delle dichiarazioni di voto, il termine dei cinque minuti sarà perentorio.

Ha facoltà di parlare la senatrice Bencini per illustrare la mozione n. 494 (testo 2).

BENCINI (*Misto-Idv*). Signor Presidente, onorevoli senatori, poiché la relazione che mi accingo a esporre è scritta, se non faccio in tempo a illustrarla tutta, i colleghi potranno leggerla.

Oggi parliamo di AIDS, e sappiamo che il 1° dicembre ricorre la Giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS, il cui fine è proprio quello di sensibilizzare, nonché di combattere la malattia.

UNAIDS, il programma delle Nazioni Unite, ha reso noti i dati contenuti in un rapporto annuale, svelando che le nuove infezioni di *virus* sulla immunodeficienza umana sono in calo del 35 per cento rispetto al picco massimale di quindici anni fa. Comunque sia, il numero è sempre importante e continua, purtroppo, ad aumentare, nonostante siano state trovate terapie e si sia comunque sensibilizzata la popolazione su cosa sia l'AIDS. Non è, quindi, ancora giunto il momento di cantare vittoria.

Le stime parlano di 36,8 milioni di persone affette da HIV nel 2014 (ovviamente nel mondo). In Italia la percentuale di stranieri fra le nuove diagnosi da infezione da HIV aumenta al 27,1 per cento nel 2014, con un numero assoluto pari a 1.002 casi all'anno. In particolare, l'incidenza delle nuove diagnosi da HIV è stata del 19,2 per cento, sempre su 100.000 stranieri residenti, rispetto a una incidenza, sui 100.000 italiani residenti, del 4,7 per cento. Da ciò si capisce che, probabilmente, gli stranieri hanno una conoscenza e una cultura diverse, per cui, differentemente dagli italiani, riescono ad arginare e a prevenire la malattia in misura minore.

La Giornata mondiale per la lotta all'AIDS, oltre a mantenere viva la memoria delle tante persone scomparse negli ultimi trent'anni, ha l'obiettivo di incrementare il sostegno a coloro che hanno contratto un'infezione da HIV, di sensibilizzarli e, non ultimo, sostenerli, nonché di incrementare i fondi disponibili per la ricerca, in modo tale da arrivare a trovare una terapia definitiva o, meglio ancora, un vaccino; e dalle ultime ricerche abbiamo visto che ci stiamo molto avvicinando a questo obiettivo.

In Italia ogni anno si verificano 4.000 nuovi casi: basti pensare che, solamente nel 2015, a Bologna ne sono stati registrati 73. L'HIV crea danni al nostro sistema immunitario e la conseguente infezione porta a un'immunodeficienza tale da causare la morte per una pluripatologia. Negli ultimi anni è aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamata, e che, quindi, ignorano la propria sieropositività. In tal modo diminuiscono sensibilmente le probabilità di risposta alle cure.

Proprio per questo è importante fare prevenzione e informare su come si possa evitare di infettarsi con tale virus: innanzitutto per rimanere sani e, nel caso si dovesse venire a contatto con esso, è importante entrare a conoscenza della malattia nel più breve tempo possibile, proprio per poter accedere alle cure e quindi avere una maggiore speranza di vita. L'aspettativa di vita cresce, infatti, se si anticipa l'inizio della cura. Oggi, grazie alle cure, si arriva a vivere fino a sessantatré anni: se invece si entra a conoscenza della malattia quando l'AIDS è conclamata, la speranza di vita si accorcia drasticamente.

Rimane quindi fondamentale la prevenzione, che dipende anche dalle scelte delle persone (come l'astensione dai rapporti a rischio o l'uso regolare del profilattico). È altrettanto fondamentale fare il *test*, specie quando si inizia una nuova relazione o quando si desidera concepire un figlio (si tratta del famoso *test* a tempo zero: conoscere la propria situazione serve a capire se si è liberi da infezioni).

Signor Presidente, poiché il testo della mozione è lungo e il tempo a mia disposizione è poco, salterò alcuni passaggi. Ciò che mi interessa focalizzare, è che il Ministero della salute, nel dicembre 2016, ha predisposto un piano nazionale contro l'AIDS, a cui doveva seguire l'approvazione del Consiglio superiore di sanità, nel quale venivano messe a punto alcune direttive che poi avrebbero dovuto essere prese in considerazione da tutte le Regioni.

La mozione in esame esorta, quindi, il Ministero di competenza, il Dicastero della salute, a promuovere una serie di iniziative atte a mettere le persone nella condizione di essere a conoscenza di cosa significa prevenire, in modo tale da evitare loro di dover essere poi curate. In tal modo si preven- gono danni sociali importanti, *in primis* alla persona e *in secundis* al sistema sanitario, il quale evita così di spendere denaro per curare persone che avrebbero potuto non contrarre la malattia, se ben informate e protette.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il senatore Mandelli per illustrare la mozione n. 717.

MANDELLI (*FI-PdL XVII*). Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, colleghi, ci stiamo occupando questa mattina di un fenomeno veramente drammatico.

In Italia, dal 1982 (e cioè dall'inizio dell'epidemia), Sono stati segnalati oltre 68.000 casi di AIDS, che hanno causato oltre 43.000 decessi. Dai dati resi noti dall'Istituto superiore di sanità nel 2016 emerge che, nel 2015, sono state segnalate 3.444 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti. Quest'incidenza pone l'Italia al tredicesimo posto tra le Nazioni dell'Unione europea. Le Regioni con l'incidenza più alta sono Lazio, Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna. Le persone che hanno scoperto di avere l'HIV nel 2015 erano maschi nel 77,4 per cento dei casi. L'età mediana era di trentanove anni per i maschi e di trentasei per le femmine.

Riguardo alle modalità di trasmissione, diminuisce la proporzione dei casi di trasmissione per via iniettiva, mentre aumentano i casi attribuibili a trasmissione sessuale. Il livello di consapevolezza dei rischi di contagio e la conoscenza dei comportamenti per evitare l'infezione sono drammaticamente bassi in tutta la popolazione, in particolare nelle fasce più giovani.

Una recente ricerca condotta a livello nazionale ha evidenziato che adulti e adolescenti sono disinformati o male informati rispetto all'HIV.

A titolo di esempio, solo il 5,2 per cento dei ragazzi tra quindici e diciannove anni sa che cosa sia l'intervallo finestra, ossia l'informazione chiave per accedere correttamente al *test* per l'HIV e, ancora oggi, il 20 per cento delle persone crede che l'AIDS sia una malattia che riguarda prevalentemente

mente gli omosessuali e i tossicodipendenti. Negli ultimi anni, infatti, è aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di AIDS con clamato ignorando la propria sieropositività, per cui diminuiscono sensibilmente le probabilità di risposta positiva alle cure. L'ultimo dato disponibile indica una proporzione del 67,9 per cento.

Nel 2017 si prevedono in Italia circa 3.800 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 6,1 nuovi casi per 100.000 residenti.

Questi dati mettono in evidenza che l'HIV non è affatto un problema risolto. Sarebbe infatti un grave errore continuare a pensare all'HIV come a una malattia che riguarda solo una parte ristretta della popolazione, come era opinione diffusa negli anni Ottanta.

Vorrei anche evidenziare come il nostro Paese eccella nei protocolli di cura dell'HIV. Molti sono stati i progressi scientifici in campo farmacologico ed è importante che i progressi della scienza siano sempre disponibili per i malati. Per contro, però, risulta nel nostro Paese estremamente carente la prevenzione, sia per l'assenza di azioni informative rivolte alla popolazione, sia per la mancanza di un serio progetto di formazione in materia sanitaria delle giovani generazioni e, in particolare, nell'ambito della prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.

Alla luce di tutto questo, appaiono ormai improcrastinabili l'esigenza di intervenire affinché siano programmate e sviluppate serie e concrete iniziative per la prevenzione e la cura efficace dell'HIV e la necessità di sviluppare progetti finalizzati ad approfondire il livello di conoscenza della popolazione, per evitare che persone non consapevoli di essere positive al virus ritardino involontariamente l'accesso alle cure, con gravi rischi per la propria salute.

A tal fine vorrei impegnare il Governo su tre punti: a provvedere alla concreta attuazione del nuovo piano nazionale d'intervento contro l'AIDS, ora all'esame del Consiglio superiore di sanità, che speriamo venga trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni in tempi brevi allo scopo di facilitare l'accesso al *test*, garantire le cure contro la malattia, anche rendendo ancora più accessibili i farmaci innovativi, e favorire il mantenimento in terapia dei pazienti, a finanziare specifici interventi pluriennali relativi a prevenzione, informazione e ricerca sull'AIDS e, infine, a inserire la lotta all'HIV e alle malattie sessualmente trasmissibili nei programmi di studio per le nuove generazioni e a sostenere l'informazione e il coinvolgimento attivo in questi programmi delle popolazioni più a rischio. *(Applausi dal Gruppo FI-PdL XVII e del senatore D'Ambrosio Lettieri).*

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il senatore Gaetti per illustrare la mozione n. 740.

GAETTI (M5S). Signor Presidente, quello dell'AIDS è un problema estremamente importante, anche se a volte, visto che il numero delle nuove infezioni ogni anno non è altissimo in Italia, si tenderebbe in linea generale a sottovalutarlo. In realtà, è stato constatato che la maggior parte dei soggetti colpiti è di sesso maschile (circa il 67 per cento) e che la causa di trasmissione principale di questa infezione, nell'85 per cento dei casi, è data dai

rapporti sessuali non protetti: il 33 per cento di questo gruppo è costituito da cittadini stranieri, che spesso conoscono poco la malattia.

Già da siffatti pochi numeri si capisce a cosa mira la nostra mozione: si chiede al Governo soprattutto di impegnarsi a relazionare con puntualità - come peraltro sta facendo - sull'attuazione delle strategie messe in campo per fronteggiare l'infezione da HIV, in modo che il Parlamento possa avere una certa visione.

La mozione chiede altresì di consentire al Comitato tecnico sanitario, operante presso il Ministero, di lavorare al meglio; nonché azioni molto concrete, soprattutto sull'uso dei profilattici, come una riduzione dell'Iva al fine di ridurre il prezzo, oppure di valutare l'opportunità, nel caso di categorie particolari di persone, di avere una distribuzione, se non gratuita, almeno privilegiata, anche attraverso il Servizio sanitario nazionale.

Tutto questo passa attraverso un'informazione che deve essere rivolta non solo alla popolazione in generale, ma anche alle scuole, dove dovrebbe esserci un'educazione dal punto di vista non solo sanitario, ma anche sentimentale.

Si chiede poi di valutare, nelle situazioni più conclamate di malattia, la possibilità di un trattamento pensionistico anticipato, dal momento che sappiamo che anche lo stress inficia sulle prospettive di vita. Naturalmente si tratta di situazioni che dovranno essere opportunamente valutate.

Si chiede anche di continuare il lavoro con gli istituti internazionali, e non solo per analizzare il fenomeno nella sua globalità, ma anche per cominciare a ragionare sulle azioni specifiche per contrastarlo.

Chiediamo poi di verificare il lavoro svolto e soprattutto come vengono utilizzati i fondi dati alle Regioni in base all'accordo del 2012, al fine di stabilire se le risorse siano state o no utilizzate al meglio.

Inoltre chiediamo di garantire l'anonimato in tutte le analisi al fine di incentivarle e soprattutto per far capire quali sono le categorie di persone a rischio. Non crediamo, infatti, che debbano esserci delle indagini a tappeto con costi esagerati, senza un reale rapporto tra costo e beneficio. Una volta che le persone sono state educate e conoscono il proprio stato di rischio, a questo punto dovranno sottoporsi a delle visite per avere una diagnosi precoce e, quindi, una migliore aspettativa di vita.

Voglio poi sottolineare che, dopo la grande epidemia degli anni scorsi, il nostro Servizio sanitario nazionale ha creato centri di eccellenza per quanto riguarda la cura. A nostro avviso, il maggiore investimento da sostenere ora deve essere concentrato sulla prevenzione e non sulla cura e, quindi, le risorse dovrebbero essere destinate non allo studio di nuovi farmaci o nuove metodologie, ma alla prevenzione. La nostra mozione, pertanto, concentra gli elementi principali proprio su questo punto. *(Applausi dal Gruppo M5S).*

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il senatore D'Anna per illustrare la mozione n. 741.

D'ANNA *(ALA-SCCLP)*. Signor Presidente, la nostra mozione, oltre a ribadire quanto è stato già esposto sulla problematica riguardante la pre-

venzione del morbo legato al virus dell'HIV, intende sottolineare un altro aspetto.

In ragione dell'incremento dei casi e soprattutto del cambiamento della tipologia dei soggetti colpiti, che sono passati dall'8 per cento all'85 per cento di eterosessuali, innanzitutto non si tratta più di una malattia che riguarda solo gli omosessuali o i tossicodipendenti. In secondo luogo, la mozione tratta di un altro flagello cammina parallelamente all'HIV e soprattutto nell'Italia centromeridionale miete più vittime, almeno nel nostro Paese, del virus dell'HIV: sto parlando del virus dell'epatite C, cosiddetto HCV, anch'esso a trasmissione sessuale, anch'esso caratterizzato da periodo-finestra rispetto alla manifestazione dell'avvenuta infezione, che produce la devastazione del fegato, arrivando fino alla cirrosi e alla cancrocirrosi.

Credo che queste due malattie endemiche, a prognosi quasi sempre infausta, debbano essere monitorate, anche se, nel caso del HCV, i moderni farmaci antivirali hanno portato alla distruzione del virus o del materiale virale in circolazione nel sangue.

Tuttavia, si incontrano ancora difficoltà burocratiche e non tutti i malati riescono ad accedere alle cure per difficoltà prescrittive, poiché i farmaci - guarda caso - in Italia costano sempre molto di più che negli altri Paesi d'Europa. Su questo punto non dico che dovremmo istituire una commissione d'inchiesta, ma dovremmo almeno svolgere un approfondimento, perché non si riesce mai a capire il motivo per cui una cura che, in Turchia, in Grecia o in qualche altro Paese mediterraneo costa 800 o 1.000 euro, in Italia debba essere pagato 8.000, 9.000 o 10.000 euro. Credo che i Ministri della sanità succedutisi da vari lustri a questa parte, pur avendo molto a cuore le dinamiche dei farmaci, la spesa sui farmaci e l'introduzione di nuovi prodotti attraverso l'AIFA all'interno del prontuario nazionale, non siano mai riusciti a fare in modo che questi farmaci avessero in Italia un costo contenuto ed equivalente al costo che hanno negli altri Paesi europei.

Abbiamo voluto pertanto mettere insieme questi due flagelli, anche perché, da quando è stato scoperto il virus dell'HIV, abbiamo sempre notato uno squilibrio nella pubblicità e nelle preoccupazioni, peraltro fondatissime, nei confronti dell'affezione virale dell'HIV, rispetto a un'incomprensibile trascuratezza nei confronti della pandemia dell'HCV.

Quindi, con la nostra mozione proponiamo un combinato disposto che tenga conto di entrambe le patologie.

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato l'ordine del giorno G1, già stampato e distribuito, che il senatore Consiglio ha chiesto di illustrare. Ne ha facoltà.

CONSIGLIO (LN-Aut). Signor Presidente, per un mio personalissimo mero errore nella forma di presentazione della mozione, l'abbiamo trasformata nell'ordine del giorno G1.

Quello in esame è un argomento molto importante, di cui si è parlato tantissimo, a volte anche a sproposito e da parte di soggetti magari privi delle giuste competenze. Nell'ultimo periodo si è abbassata in un certo senso la guardia sull'argomento dell'HIV e dell'AIDS. Crediamo invece che con le

mozioni e l'ordine del giorno in esame si possa riportare l'argomento in piena sintonia con i tempi moderni, superando un atteggiamento a volte poco positivo nei confronti di una malattia che comunque, nonostante le cure abbiano limitato i decessi, ha una sua espansione impressionante, soprattutto per quanto riguarda i giovani, chi fa uso di droghe utilizzando le siringhe o i soggetti omosessuali.

Con l'ordine del giorno che abbiamo presentato chiediamo che l'attenzione sia estremamente forte, soprattutto nei riguardi delle scuole, nell'ambito delle quali i docenti hanno il compito non solo di insegnare ai ragazzi matematica, italiano e storia ma anche di diffondere una cultura sul sesso e sulle droghe. I ragazzi nati da mamme sieropositive devono avere la possibilità di istruirsi e di vivere una vita normale. E forse è necessaria una capacità da parte delle scuole anche in tal senso e di questo ci faremo carico come Parlamento e dovremo sicuramente estenderlo poi agli addetti ai lavori. Bisognerà spiegare molto bene che un ragazzino sieropositivo non arreca alcun tipo di problema ai suoi compagni se vengono rispettate le più banali regole di prevenzione e igiene.

Con il nostro ordine del giorno si sollecita un'azione di sensibilizzazione da parte del Parlamento e del Governo affinché una problematica così importante non venga accantonata, come probabilmente è successo negli ultimi tempi, e derubricata a malattia cronica. Questo non è e non deve essere. In tal senso l'ordine del giorno presentato dal Gruppo della Lega Nord è assolutamente in linea con le mozioni presentate, in un'ottica di promozione della sensibilizzazione nei confronti di una malattia drammatica, per certi versi, e sconosciuta, per altri, e che nella sfera del sociale deve essere assolutamente accompagnata da un'azione di informazione. Inoltre, i malati devono avere la possibilità di vivere una vita il più normale possibile ed essere curati. A tal fine, occorre incentivare la ricerca della medicina, costituendo ciò una misura necessaria per evitare il propagarsi della malattia. *(Applausi dal Gruppo LN-Aut).*

Saluto ad una rappresentanza di studenti

PRESIDENTE. A nome dell'Assemblea, saluto gli studenti e i docenti dell'Istituto di istruzione secondaria superiore «Giancarlo Siani» di Casalnuovo di Napoli, in provincia di Napoli, che stanno assistendo ai nostri lavori dalle tribune. *(Applausi).*

Ripresa della discussione delle mozioni nn. 494 (testo 2), 717, 740 e 741 (ore 11,28)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

È iscritto a parlare il senatore D'Ambrosio Lettieri. Ne ha facoltà.

D'AMBROSIO LETTIERI *(CoR)*. Signor Presidente, dal momento che al mio Gruppo sono stato concessi dieci minuti (cinque in discussione

generale e cinque in sede di dichiarazione di voto), le chiedo di poter sommare il totale del tempo in questo intervento, riservandomi di intervenire in modo telegrafico, per pochi secondi, in sede di dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Senatore D'Ambrosio Lettieri, o l'una o l'altra. Le concedo dieci minuti adesso se rinuncia alla dichiarazione di voto.

D'AMBROSIO LETTIERI (*CoR*). D'accordo, riassumerò in questo intervento il mio pensiero e anticiperò in conclusione la dichiarazione di voto.

Ho ascoltato con molta attenzione - non poteva essere diversamente - le motivazioni che hanno indotto i miei colleghi a presentare le mozioni che, con sfumature differenti, perseguono i medesimi obiettivi, proponendosi il conseguimento di un sostanziale passo in avanti verso un migliore e maggiore governo delle politiche sanitarie, ma anche socio-assistenziali, nell'ambito della patologia preoccupantemente diffusa, anche se governata e controllata, dell'AIDS.

Credo che sull'infezione da HIV e AIDS la parola d'ordine sia quella di non abbassare la guardia. Se ci consoliamo valutando i dati epidemiologici dei risultati ottenuti negli ultimi anni e ci distraiamo marginalizzando il nostro impegno su questo versante, commettiamo un errore.

Credo che anche per l'AIDS vadano declinati tre principi - diagnosi precoce, prevenzione e informazione - come fatto anche per altri tipi di patologie di forte allarme sociale. Anche l'AIDS è, in modo preoccupante, una patologia di questo tipo perché è insidiosa e perché devastanti sono gli effetti che derivano da una conoscenza tardiva. La diffusione della patologia da parte di soggetti inconsapevoli rappresenta probabilmente, purtroppo, il vero tallone d'Achille.

L'Italia è il secondo Paese in Europa per incidenza di AIDS, dopo il Portogallo. Certo, dagli anni Novanta a oggi abbiamo ottenuto dei significativi risultati. La guardia sembra però essersi abbassata e il virus si diffonde, a dispetto delle cure sempre più efficaci e dei controlli sempre più stretti sulle sacche di sangue donato e destinato alle trasfusioni.

Il dramma è che il livello di consapevolezza dei rischi di contagio e la conoscenza dei comportamenti per evitare l'infezione sono drammaticamente bassi in tutta popolazione e, in particolare, nelle persone più giovani. A questo si devono aggiungere anche il fatto che è ancora convinzione diffusa - anche se certamente sbagliata - che l'HIV e l'AIDS siano un affare solo di omosessuali e tossicodipendenti; la difficoltà di accesso gratuito ai *test* in condizione di anonimato; l'aumento del disagio sociale e della povertà; nonché la resistenza di forti pregiudizi e la vergogna che copre con una coltre di silenzio tutti i soggetti che, in qualche maniera, sono afflitti da siffatte problematiche.

Nell'ultimo decennio è aumentata nettamente la proporzione delle persone affette da AIDS che ignorava la propria sieropositività e l'ha scoperta nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS: si è passati dal 20,5 per cento a ben il 74,5 per cento. Il ritardo della diagnosi è il segnale di una percezione bassa del rischio, soprattutto tra chi si infetta per via sessuale e tra

gli stranieri. Signor Sottosegretario, credo che questo aspetto debba essere considerato con adeguata attenzione. È importante riconoscere precocemente l'avvenuta infezione da HIV - da un lato - per intraprendere la terapia farmacologica antiretrovirale, che può rallentare con efficacia la progressione del virus e - dall'altro - per assumere comportamenti consapevoli verso la comunità.

Diagnosticare il primo possibile l'infezione significa rendere più efficace la cura della persona malata e anche diminuire la sua carica virale e, quindi, ridurre la possibilità di trasmissione; che rappresenta il punto di maggiore criticità del sistema. Attuare attività di prevenzione e di trattamento adeguato permetterebbe di abbattere anche la spesa da parte dello Stato, che è appesantita che dal costo particolarmente elevato di sette farmaci antiretrovirali, che sono tra i 30 più cari per la sanità pubblica. Ogni diagnosi salva una vita, ma consente di rimanere in vita, sottoponendosi a una terapia per quaranta anni.

In Italia si calcolano poco meno di 130.000 sieropositivi: si tratta di un numero particolarmente elevato. Circolano persone infette che possono trasmettere l'HIV senza saperlo, accrescendo il numero dei contagi. La società è cambiata e un fattore che non può essere sottovalutato è l'incidenza dell'immigrazione, soprattutto dall'Africa. In Italia, il 27 per cento degli HIV positivi è straniero: quasi uno su tre.

La diagnosi precoce permette, dunque, non solo di avviare il prima possibile la terapia farmacologica, ma anche e soprattutto di modularla alla singola persona, riducendo gli effetti collaterali. La prevenzione funziona, come lo dimostrano tutti i dati a cui si fa riferimento nel Piano nazionale di intervento contro l'AIDS, che è stato approvato dal Consiglio dei ministri e che - come è stato ricordato - è ora sottoposto alla valutazione del Consiglio superiore di sanità.

Perché si arrivi all'obiettivo di azzerare, annientare, eliminare dal vocabolario della nostra sanità questa patologia e cancellarla dalle piaghe sociali che affliggono i nostri tempi, bisogna che il Governo sia impegnato nella concreta attuazione del Piano. È assolutamente irrinunciabile facilitare l'accesso ai *test* in condizioni di riservatezza; garantire le cure anche attraverso farmaci innovativi; favorire il mantenimento in terapia dei pazienti; finanziare specifici interventi pluriennali relativi alla prevenzione e investire in informazione e ricerca; inserire la lotta all'HIV, all'AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili nei programmi di studio per le nuove generazioni.

E alcune delle mozioni ripropongono in modo pressante questo atto di impegno al Governo.

Credo sia un nostro dovere mantenere accesi i riflettori e promuovere ogni tipo di iniziativa finalizzata a una maggiore sensibilizzazione della nostra comunità a partire dalle scuole: una sfida che le mozioni presentate intendono accogliere e che essa viene rappresentata con elementi di dettaglio assolutamente convincenti.

Signor Sottosegretario, per queste motivazioni il Gruppo parlamentare dei Conservatori e Riformisti esprimerà un voto positivo su tutte le mozioni presentate. (*Applausi dai Gruppi CoR, FI-PdL XVII e ALA-SCCLP*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Aiello. Ne ha facoltà.

AIELLO (*AP (Ncd-CpE)*). Signor Presidente, le mozioni che sono state presentate hanno tutte il comune denominatore di creare e immaginare percorsi e iniziative che possano prima di tutto attenuare l'infezione da HIV e, quindi, portare alla completa eradicazione di questa malattia, un dramma patologico che investe non solo soggetti ma intere famiglie e comunità.

Signor Presidente, prima di proseguire, vorrei chiedere se posso rinunciare a intervenire in dichiarazione di voto per utilizzare il tempo a essa dedicato per il mio intervento in discussione.

PRESIDENTE. La Presidenza la autorizza in tal senso, senatore Aiello.

AIELLO (*AP (Ncd-CpE)*). Sicuramente tutte le mozioni presentate meritano grande attenzione, perché descrivono globalmente quali potrebbero essere i percorsi e cosa effettivamente sia necessario portare avanti dal punto di vista normativo, legislativo e anche attuativo per attaccare fortemente questa patologia.

Signor Presidente, a parte i problemi squisitamente sanitari, meriterebbe altrettanta attenzione un altro aspetto. Molti di noi ricorderanno i famosi anni Ottanta, epoca nella quale si immaginava che tutto andasse bene e per il meglio, e si pensava a un futuro roseo per il nostro Paese. Tutto a un tratto si scatenò la paura e si cominciò a parlare di AIDS. Già nel 1985 - lo ricordo a me stesso - vi furono i primi decessi conseguenti a infezione da HIV. E questo creò inevitabilmente panico e paura, un clima di sospetto, nel quale si immaginò di tutto e di più; si parlò di tossicodipendenze, di untori, di punizione divina, di rapporti sessuali non protetti, e cioè senza l'uso del profilattico, e di altro ancora.

Oggi, dopo tanti anni, con le scoperte che la scienza ha portato avanti e con i nuovi farmaci, si è addivenuti a una prima conclusione seria, e cioè che l'AIDS si sviluppa in più stadi e agisce per lo più in modo subdolo e nascosto: rende un soggetto diventa prima sieropositivo per poi passare all'ultimo stadio conclamato di malattia. Questa differenziazione, Presidente, oggi assume un ruolo fondamentale, in quanto porta a elemento determinante il tempismo diagnostico ai fini del trattamento. Diagnosticare in tempo - come già viene precisato nelle mozioni - è il tema importante: diagnosticare il prima possibile una infezione da HIV significa maggiore efficacia terapeutica; significa aumento dell'aspettativa di vita e diminuzione della carica virale con conseguente attenuazione del rischio infettivologico.

I passi in avanti e i risultati nel corso del tempo sono stati importanti, ma ancora oggi le terapie esistenti non consentono una guarigione completa: permettono però di tenere l'infezione sotto controllo e una migliore qualità della vita. Oggi la condizione di sieropositività non è più una condanna a morte, però purtroppo continua a rappresentare una patologia colpevolizzante, in quanto provocata, come dicono molti, da un comportamento insano. Quindi, il malato diventa un irresponsabile e merita biasimo e vergogna. Ciò comporta una difficoltà estrema per chi accetta il rischio di manifestare la

sua condizione di sieropositivo, perché potenzialmente può diventare emarginato del presente o del domani. Quindi, nel corso degli anni, dal punto di vista sociale e psicologico, nulla è cambiato. La paura scatenata è uguale. Nonostante le campagne di informazione (molto forti prima e attenuate dopo) sulle modalità di trasmissione, sulle conoscenze scientifiche e sugli impegni per la prevenzione, il "marchio" è sempre uguale. Non si è riusciti ancora ad arrivare a un sistema di prevenzione davvero efficace, in tutti i sensi.

Della malattia ne parliamo tutti. Quindi, è al centro della comunicazione come un malessere da controllare e sconfiggere, giustamente, ma le implicazioni sociali presenti cui un malato di AIDS o un sieropositivo va incontro, ancora oggi, sono molto amplificate e difficili da gestire per la forte vulnerabilità che questa patologia induce. Si pensava che, migliorando l'informazione, la maggior conoscenza portasse proporzionalmente a una maggiore prevenzione e ad un cambio comportamentale in termini di gestione del rischio, ma ancora oggi non ci siamo. L'AIDS ancora è oggi una patologia che colpisce corpo e spirito: si rischia la solitudine, l'abbandono, l'isolamento. Ancora oggi l'AIDS, come molte malattie croniche e invalidanti, assume un valore diverso. Praticamente ancora oggi la patologia viene collegata al puro significato biologico della malattia. Il percorso sanitario in questi casi continua a risultare inadeguato se badiamo soprattutto a separare l'aspetto biologico, cioè il malato dalla malattia. In alcuni casi è possibile, ma nelle malattie croniche non è utile; anzi, è dannoso. Quindi, se vista in senso più ampio, questa patologia obbliga ad affrontare situazioni che implicano non solo questioni personali, ma anche familiari e sociali. Si intrecciano durante la malattia vicende individuali, ruoli sociali e anche una certa dimensione esistenziale. Si ricercano affannosamente nuovi equilibri sia psicologici, che relazionali; questa è la grande difficoltà. Cosa fare, quindi, prima di tutto, al netto della forte comunicazione necessaria, delle pratiche di prevenzione, della ricerca di farmaci sempre più efficaci? Oggi bisognerebbe cercare di immaginare di organizzare un percorso normativo dove si pone l'attenzione, oltre a tutto ciò, anche alle famiglie, alla dimensione esistenziale, ai contesti familiari e sociali e anche agli operatori sanitari coinvolti a vario titolo nella gestione della malattia nel suo complesso. Maggiore attenzione significa miglior funzionamento degli interventi specifici di prevenzione, di assistenza, di informazione e anche di formazione. Si parlava di poter lavorare già a livello scolastico per quanto riguarda l'informazione e la comunicazione.

Signor Presidente, ogni volta che in questa Assemblea ci confrontiamo su materie squisitamente sanitarie, parliamo sempre di prevenzione, e ogni volta ci sembra giusto e doveroso rimarcare fortemente la necessità di rimodulare, ancora una volta, tutto il sistema della prevenzione in Italia.

Ogni volta siamo obbligati a dire che dobbiamo fare la prevenzione, che dobbiamo spendere risorse per la prevenzione, ma ancora oggi probabilmente le spendiamo male; infatti, se abbiamo difficoltà a gestire anche le più elementari azioni di prevenzione già livello scolastico, significa che il sistema della prevenzione non funziona o funziona male. In questi contesti riorganizzare ancora una volta il servizio della medicina scolastica e dell'e-

ducazione sanitaria, proprio nel caso specifico di queste patologie, risulta fondamentale.

Oggi, in particolare per le patologie croniche, dobbiamo fare in modo che ci sia una cultura sanitaria (in questo senso desidero spezzare una lancia a favore dell'approvazione dell'accordo professionale), perché quantomeno riusciremo ad attenuare la forte tecnicizzazione che c'è in sanità; soprattutto però per queste patologie dobbiamo fare in modo che sia presente anche il fattore umano. Signor Presidente, vi è infatti il rischio che si passi da una realtà globale ad una realtà inanimata in cui emergono le attrezzature e gli strumenti, ma così non può essere e non deve essere. C'è bisogno che ci si coalizzi tutti insieme per pensare alla globalità degli interventi e delle persone. Per questo noi voteremo a favore di tutte le mozioni che sono state presentate, perché siamo convinti che tutte rappresentino un fatto positivo. (*Applausi dal Gruppo AP (Ncd-CpE). Congratulazioni.*)

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Romani Maurizio. Ne ha facoltà.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Signor Presidente, signor Sottosegretario, onorevoli colleghi, da quanto abbiamo ascoltato finora è chiaro che, grazie alle terapie antiretrovirali, negli ultimi vent'anni la malattia da HIV è passata dall'essere una malattia letale ad una malattia cronica. Tuttavia, per beneficiare appieno di queste terapie, è anche necessario che le persone HIV positive siano seguite durante tutto il loro percorso di cura, nel cosiddetto *continuum of care*, perché ciò permette di monitorare la qualità delle cure delle persone con HIV, nonché di valutare l'estensione della soppressione virale a livello della popolazione.

Quello che però mi dà sempre da pensare è il fatto che ogni anno all'approssimarsi del 1° dicembre (Giornata mondiale contro l'AIDS) si ripete lo stanco e scontato rituale della pubblicazione di dati sull'andamento dell'infezione del mondo. Il rischio è di essere sommersi da numeri accompagnati anche da qualche frase di circostanza, senza però, attraverso i numeri, individuare i punti critici e le relative responsabilità.

L'ultimo censimento del 2014 ci dice che il totale delle persone diagnosticate e in cura è di 100.049 (nel 2012 erano 94.146), pari a 16 persone ogni 10.000 abitanti; di queste, il 72 per cento sono maschi, il 28 per cento sono donne; gli eterosessuali non tossicodipendenti maschi sono il 37,9 per cento, quindi non è più la malattia o la peste dei maschi omosessuali, tant'è vero che questi sono solo (anche se è un numero importante) il 31 per cento. Di quelli che hanno ricevuto la terapia retrovirale 80.600 hanno raggiunto la soppressione virale all'ultima visita.

In vari Paesi sono stati sviluppati diversi modelli statistici, attraverso i quali siamo arrivato ad un numero approssimativo di 14.000 persone non ancora diagnosticate con HIV e di 18.000 persone diagnosticate ma non in cura. Queste, sommate alle persone in cura presso i centri clinici, portano al numero di 130.000 persone. Abbiamo quindi risultati incoraggianti riguardo i pazienti in terapia e con carica virale non rilevabile, ma è anche necessario sviluppare un sistema più valido per aumentare l'accesso alle cure per le

persone non ancora diagnosticate o che si sono perse durante il percorso terapeutico. Staticamente il numero assoluto ci dà delle informazioni, ma se non c'è la possibilità di rapportarlo al numero di casi osservati non dà una indicazione del fenomeno. Oggi non conosciamo la proporzione della nuova popolazione con HIV rispetto a quella che ha fatto il test, ed è molto pesante non saperlo. L'osservatorio è stato studiato in questo modo: riceve le segnalazioni dei casi positivi ma non di quelli negativi. Chi fa politiche sanitarie sa che i lati positivi sono sempre circa 4.000; il dato sembra costante e non genera allarme. Se però sapessimo che, contemporaneamente, diminuiscono i *test* effettuati, l'allarme ci sarebbe eccome. Quindi, effettivamente non si può costruire una politica sanitaria in maniera razionale, senza un dato sostanziale. Il fatto di mantenere sempre uno stesso ordine di grandezza non fa allarmare la sanità pubblica, perché dà l'idea che il problema sia sotto controllo, anche se non sappiamo il denominatore. Infatti, altro è se 4.000 casi sono rapportati a solo 8.000 test, altro se invece sono rapportati a 100.000 test; è tutta un'altra cosa. Bisognerebbe quindi capire se c'è un maggior disinteresse verso l'HIV, per cui meno persone si fanno fare le analisi; ciò vorrebbe dire che i 4.000 casi annui valgono di più. Ma, purtroppo, oggi non si può sapere.

Se però sapessimo che, contemporaneamente, diminuiscono i *test* effettuati, l'allarme ci sarebbe eccome. Quindi, effettivamente non si può costruire una politica sanitaria in maniera razionale, senza un dato sostanziale. Il fatto di mantenere sempre uno stesso ordine di grandezza non fa allarmare la sanità pubblica, perché dà l'idea che il problema sia sotto controllo, anche se non sappiamo il denominatore. Infatti, altro è se 4.000 casi sono rapportati a solo 8.000 test, altro se invece sono rapportati a 100.000 test; è tutta un'altra cosa. Bisognerebbe quindi capire se c'è un maggior disinteresse verso l'HIV, per cui meno persone si fanno fare le analisi; ciò vorrebbe dire che i 4.000 casi annui valgono di più. Ma, purtroppo, oggi non si può sapere.

Il 50 per cento delle persone infettate dal virus nel mondo non hanno accesso ad alcun farmaco antiretrovirale a causa dei costi elevati stabiliti da Big Pharma. La stragrande maggioranza di costoro vive in Africa, ma situazioni simili sono presenti ovunque, anche nell'Unione europea. Si moltiplicano le iniziative di ONG, fondazioni e istituzioni, ma nessuno, tra coloro che potrebbero farlo, osa mettere in discussione gli accordi sulla proprietà intellettuale, i famosi Trips, stabiliti dall'Organizzazione mondiale del commercio che, lasciando la proprietà del brevetto per vent'anni alla casa farmaceutica che ha prodotto il nuovo farmaco, permettono a tale azienda di agire in condizione di monopolio e di poter determinare a suo totale piacimento il prezzo. Un'ingiustizia istituzionalizzata, sostenuta dai Governi e non certo compensata dal proliferare di iniziative caritatevoli.

Se a questo unite il problema della epatite C, capirete quanto sarebbe importante, insieme a queste mozioni, approvare anche la mozione sull'epatite C, che blocca questo commercio infame sulla salute delle persone.

PRESIDENTE. Senatore Maurizio Romani, il suo tempo è terminato.

La Presidenza la invita, dunque, a consegnare la restante parte del testo del suo intervento, affinché sia allegato al Resoconto stenografico della seduta.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). D'accordo, signor Presidente. (*Applausi delle senatrici Dirindin, Orrù e Puppato*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Puglia. Ne ha facoltà.

PUGLIA (*M5S*). Signor Presidente, l'AIDS è una malattia causata da un virus che interferisce con il sistema immunitario umano limitandone l'efficacia, rendendo le persone colpite più suscettibili alle infezioni e allo sviluppo di tumori. Questa vulnerabilità aumenta con il progredire della malattia. Il virus dell'HIV si trasmette in molti modi, ad esempio tramite rapporti sessuali, trasfusioni di sangue contaminato, aghi ipodermici ma anche tramite trasmissione verticale tra madre e bambino durante la gravidanza, il parto e l'allattamento al seno.

La malattia è un importante problema sanitario in molte parti del mondo; soprattutto in Africa il problema vede il suo apice, dovuto a diversi fattori. Anche se i trattamenti possono rallentare o arrestare il decorso della malattia dell'AIDS, non vi è cura conosciuta o vaccino contro l'HIV. Il trattamento antiretrovirale riduce sia i morti che le nuove infezioni, ma questi farmaci sono costosi e non sono disponibili in tutti i Paesi.

A causa della difficoltà nel trattamento delle infezioni da HIV, la prevenzione è un obiettivo chiave. I dati ci dicono che l'AIDS è una malattia che riguarda potenzialmente gran parte della popolazione, atteso che negli anni si è osservato un cambiamento delle modalità di trasmissione dell'infezione, con un aumento esponenziale dei casi attribuibili a trasmissione sessuale, che rappresentano oggi l'85 per cento del totale.

Il problema dell'AIDS, in particolare, esige certamente una risposta medica e farmaceutica e tuttavia questa è insufficiente, poiché il problema è più profondo. Esso esige un cambio di comportamento: ad esempio, l'astinenza sessuale, il rifiuto della promiscuità sessuale, la fedeltà coniugale. In effetti, per essere efficace, la prevenzione dell'AIDS deve poggiarsi su una educazione sessuale.

In questa sede, che è quella appropriata per sollecitare le giuste decisioni, bisogna ribadire con forza che l'opera di prevenzione, per essere insieme degna della persona umana e veramente efficace, deve proporsi due obiettivi: informare adeguatamente ed educare alla maturità responsabile.

La dignità personale dell'uomo esige poi che egli sia aiutato a crescere verso la maturità affettiva, mediante una specifica opera educativa: noi siamo Stato e lo dobbiamo fare. Soltanto con un'informazione e un'educazione che portino a far ritrovare con chiarezza e gioia il valore dell'amore inteso come agape - cioè l'amore che si dona, come senso fondamentale dell'esistenza - è possibile che gli adolescenti e i giovani abbiano la forza necessaria per superare i comportamenti a rischio. È per questo motivo che lo Stato deve dedicare all'educazione non meno energie di quelle che dedica

all'assistenza sanitaria nella lotta all'AIDS e suggerire comportamenti più efficaci per prevenire la trasmissione sessuale della malattia.

Attenzione, dico questo precisando che non si può superare il problema solo con i soldi (pur necessari, per carità), né con il solo investimento in farmaci o la distribuzione di preservativi; anzi, se si sposta l'attenzione solo su questi ultimi due punti, mettendo in secondo ordine l'educazione a vivere in modo sereno e serio la propria sessualità e la preparazione all'amore responsabile e fedele, il problema non lo si ridurrà. (*Applausi della senatrice Paglini*).

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

RIZZOTTI (*FI-PdL XVII*). Signor Presidente, onorevoli colleghi, non possiamo non rilevare come negli ultimi anni la paura del contagio dell'AIDS sia molto diminuita, quasi scomparsa, come fosse stato solo un brutto incubo dal quale ci siamo risvegliati perché, grazie ai farmaci antiretrovirali, per questa malattia si muore molto meno. I giornali non si occupano pressoché più del fenomeno, se non sporadicamente, come nel caso dell'untore di Roma, che ha contagiato scientificamente trenta ragazze e che, per fortuna, è stato condannato.

Tra i giovani non se ne parla, non ci sono le conoscenze adatte a un'efficace prevenzione; scuola e famiglia non so se lo ritengano un pericolo ormai superato e ristretto solo ai comportamenti ad alto rischio come l'omosessualità e l'assunzione di eroina (e purtroppo non è così, perché i tossicodipendenti prendono precauzioni che ormai nei rapporti eterosessuali sono dimenticate). Il virus contagia undici persone al giorno. Le statistiche dimostrano che in Italia la diffusione dell'AIDS, dopo un crollo subito tra il '95 e il '99, è in lentissima regressione e le morti rimangono pressoché stabili. Assistiamo dunque a un paradosso, in questo Paese che è all'avanguardia nel mondo per lo studio dell'AIDS e la ricerca di un vaccino: non dimentichiamo infatti che il vaccino TAT è stato messo a punto proprio in Italia dal Centro nazionale AIDS dell'Istituto superiore di sanità, anche se per alcuni i suoi risultati sono controversi (più per ideologia che per la realtà). Questo vaccino fa aumentare notevolmente i linfociti T, che vengono meno facilmente aggrediti dal virus, rendendo così più efficaci le terapie antiretrovirali.

I dati però sono molto più preoccupanti per tutto quello che è sommerso: almeno 30.000 persone non sanno di essere sieropositive, e questo perché il test dovrebbe essere reso obbligatorio. Si pensi, ad esempio, che il 30 per cento delle donne sieropositive scopre di esserlo quando si sottopone agli esami per la prima gravidanza ed è stato verificato un ulteriore picco di aumento della sieropositività tra le donne con più di cinquantacinque anni, probabilmente grazie ai loro mariti e al viagra che hanno preso per accompagnarsi ad altre.

Dobbiamo infatti ricordare come la libera circolazione delle persone abbia aumentato i rischi di contagio. In Europa si è contato il più alto numero di casi e nel nostro Paese l'incidenza della malattia è significativamente

legata anche al fenomeno dell'immigrazione: si contano 19,2 casi ogni 100.000 abitanti tra gli stranieri e il 28,8 per cento delle diagnosi è proprio su pazienti extracomunitari.

Il dato che personalmente mi preoccupa di più e che ci conferma con ogni evidenza che il pericolo che ci si sia scordati dell'AIDS non è teorico, ma purtroppo è una concreta realtà, è il picco di infezione tra i giovani intorno ai venticinque anni, maschi e femmine. Questo vuol dire che comunque c'è un ritardo nella diagnosi e che le persone non sono consapevoli di avere il dovere di fare questo *test*, per cui le terapie partono in ritardo e possono essere meno efficaci. Questo significa che aumenta il rapporto tra morti e malati e vuol dire soprattutto che gran parte della popolazione italiana, in special modo i giovani, sottovaluta i rischi e i pericoli dell'AIDS; ma questo è colpa della mancata informazione, perché nel nostro Paese, come è stato detto più volte, si è notevolmente abbassata la guardia rispetto all'informazione su questa malattia.

A questa serie di problemi cerchiamo di dare una soluzione, seppur parziale, con la nostra mozione. Gli impegni che chiediamo al Governo sono molto chiari: approvare il prima possibile il piano nazionale d'intervento contro l'AIDS e attuarlo concretamente immediatamente dopo; continuare a finanziare la ricerca, ma contemporaneamente attivare finanziamenti per la prevenzione e l'informazione; coinvolgere le popolazioni più a rischio e i giovani in un piano di informazione e responsabilizzazione nazionale. L'informazione sessuale nelle scuole, nei licei, per i nostri ragazzi dovrebbe essere proprio rivolta a questo, magari trascurando un po' l'informazione sessuale legata alla pratica *gender*, che mi sembra meno importante rispetto alla salute dei nostri ragazzi.

Gli adolescenti, soprattutto quelli appartenenti a famiglie con scarsi mezzi economici e che non hanno il coraggio di parlarne in casa, dovrebbero ad esempio potersi rivolgere ai consultori familiari, che però osservano orari assolutamente impraticabili per i ragazzi che escono da scuola. Quelle sono le strutture che dovrebbero essere deputate a fornire un'ulteriore potenziale informazione sui problemi degli adolescenti, invece che essere ridotte - come ormai sono - a centri prenotazione per gli aborti.

Credo che siano azioni possibili, alla portata del Governo se solo ne ha la volontà politica, e che possono portare a risultati concreti in tempi brevi.

Mi auguro che l'Assemblea accolga la nostra mozione, perché stiamo parlando della salute nostra e dei nostri figli. (*Applausi dal Gruppo FI-PdL XVII*).

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

MATTESINI (PD). Signor Presidente, finalmente questa mattina torna all'attenzione del Parlamento, e quindi della politica, il tema delle malattie sessualmente trasmissibili, che sono tutte in aumento, soprattutto fra i giovani: mi riferisco, ad esempio, al *papilloma virus*; ben venga, quindi, la

scelta che ha fatto il Governo di inserire il vaccino contro il *papilloma virus* tra quelli obbligatori e gratuiti all'interno dei livelli essenziali di assistenza.

Naturalmente, però, questa mattina parliamo dell'AIDS, che è una questione tra le più delicate, una questione che ha costi umani e finanziari enormi: infatti sette farmaci antiretrovirali sono tra i 30 farmaci più costosi per la sanità pubblica. È importante che il tema della sessualità torni all'attenzione della politica e dei *media*, perché si parla in questo nostro tempo molto di sesso e troppo poco - quasi per nulla - di sessualità consapevole e sicura.

Accanto al silenzio sulla sessualità, si registra in tutta Italia l'indebolimento dei consultori, che ritengo siano il luogo deputato all'intervento di promozione per una sessualità consapevole e sicura. Chiedo a tutti i proponenti delle mozioni di aggiungere questo punto, che tra i tanti non è preso in considerazione, mentre io credo che il rafforzamento dei consultori sia il punto fondamentale per un lavoro continuo in un'ottica di prevenzione.

Sono passati anni in cui l'attenzione verso l'AIDS ha portato ad una sua riduzione e conseguentemente è passata la paura, ma i venti anni alle nostre spalle passati senza paura hanno fatto dimenticare che l'AIDS intanto continuava a diffondersi. C'è stata una sorta di cappa di silenzio che è stata infranta solo qualche mese fa dal clamore di una vicenda con al centro un trentenne romano e le numerose ragazze da lui infettate. Nella semplificazione mediatica, il ritorno del cosiddetto untore ha aperto finalmente uno squarcio su una malattia che per molti è confinata negli anni Ottanta e che è invece attualissima, sulla quale però sopravvivono ancora molti pregiudizi, a partire dal fatto che l'AIDS è ancora ricondotta alle categorie a rischio, cioè *gay* e drogati. La realtà invece è un'altra e i dati ce lo dimostrano: dal 1984 al 2016, la proporzione di HIV legata alla tossicodipendenza è passata dal 76 per cento del totale al 4 per cento, mentre oggi l'84 per cento delle nuove diagnosi è attribuibile ai rapporti sessuali senza preservativo.

È allora fondamentale rilanciare campagne di vera informazione ed anche l'attenzione del mondo medico su questo punto; parlo dei pediatri, dei medici di base e non soltanto dei medici ospedalieri. Serve - lo dico in modo molto chiaro, come scritto in molte mozioni - la piena applicazione della legge n. 135 del 1990, perché la sfida per la sanità pubblica parte anche dai test; se più persone li facessero, la catena infettiva si interromperebbe e comunque diminuirebbe. Spesso la causa della mancanza dei *test* è da ricercarsi nella difficoltà di accesso ai test stessi o alla mancata garanzia di anonimato e gratuità. Anche per questo auspico la rapida approvazione del piano nazionale d'intervento contro l'AIDS. La conseguenza di questo silenzio e di questa difficoltà è che ci sono ogni anno 4.000 casi, così come il fatto che la metà delle nuove diagnosi avviene molto dopo tempo dopo l'avvenuta infezione. Infatti negli ultimi anni è aumentato il numero delle persone che arrivano allo stadio dell'AIDS conclamato, ignorando la propria sieropositività. Ciò vuol dire che circolano persone inconsapevoli di essere infette e che, quindi, possono trasmettere l'HIV senza saperlo, accrescendo così il numero di contagiati.

Voglio soffermarmi sui giovani, perché questo è un punto importantissimo. Sono i giovani a conoscere meno questa malattia e a sottovalutarla.

Ci sono ricerche importanti che rilevano quanto essa sia per i giovani un tabù. Questa non conoscenza da parte dei giovani è un paradosso che appartiene a noi adulti; se infatti per loro il sesso non è più un tabù (ne parlano e lo praticano anche precocemente) tra di essi scarseggiano informazioni corrette sulla sicurezza e sulla salute sessuale, e questo qualcosa vuol dire. D'altra parte questi ragazzi e queste ragazze non ne parlano né con il medico né con i genitori; al limite, scambiano opinioni tra di loro, che spesso sono opinioni ed informazioni sballate. Occorre allora rilanciare l'informazione e, spero, informazione corretta. È fondamentale promuovere l'accesso ad un'informazione fruibile ed a metodi più efficaci, trasmettendo ai ragazzi, nella scoperta della sessualità, l'aiuto a capire i confini di una sessualità consapevole dei rischi che comporta, una sessualità consapevole che tenga conto, ad esempio, del fatto che le malattie sessualmente trasmissibili sono in aumento.

Il mondo degli adulti, attraverso i servizi e gli operatori, ha il dovere di accompagnare la loro naturale scoperta della sessualità, spesso accompagnata da tabù, paure e vergogne che creano veri e propri muri che impediscono la piena consapevolezza e la piena padronanza degli strumenti culturali e pratici della prevenzione. Da questo punto di vista, penso che dobbiamo imparare a dire parole chiare: l'unico strumento vero, di comprovata efficacia preventiva, è sicuramente l'uso del profilattico. Esso è troppo spesso invece motivo di imbarazzo, perché vissuto come elemento altro dal rapporto di coppia, estraneo alle abitudini dei giovani uomini, ma soprattutto delle donne, e non invece come un fondamentale metodo di contraccezione e prevenzione. Sappiamo che gran parte dei ragazzi e delle ragazze che non usano il preservativo lo fanno, oltre che per i problemi che dicevo prima, perché legano questa loro difficoltà anche alla reperibilità dei profilattici e al loro elevato costo. Dovremmo ragionare, allora, sull'abbattimento dei costi a partire dall'IVA.

In conclusione, ritengo davvero importante individuare campagne vere ed informative permanenti nei luoghi maggiormente deputati ad incontrare l'attenzione dei nostri ragazzi. È un punto fondamentale, ad esempio, l'intervento informativo permanente all'interno delle scuole, delle università e dei luoghi di aggregazione. La prevenzione, infatti, è fondamentale, ma - insisto - è fondamentale altresì che si rafforzino i luoghi deputati all'accoglienza di tutta la famiglia per quanto riguarda la prevenzione e la promozione di una corretta sessualità e, cioè, i consultori. *(Applausi dal Gruppo PD)*.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, al quale chiedo di esprimere il parere sull'ordine del giorno G1 e sulle mozioni presentate.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, signori senatori, il Ministero della salute, con il contributo della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e della Consulta delle associazioni per la lotta contro l'AIDS, ha operato e continua ad operare al fine di mantenere costante l'attenzione e le attività che attengono ai molteplici aspetti

dell'infezione HIV e della sua patologia, quali la prevenzione, la ricerca, la diagnosi, il trattamento e la comunicazione ad essa connesse nonché l'assistenza, la formazione e il sostegno alle associazioni e alla tutela dei diritti delle persone con HIV.

Gli obiettivi principali degli interventi del piano sono la realizzazione di progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle infezioni; la facilitazione dell'accesso al test e l'emersione del sommerso; garantire a tutti l'accesso alle cure; favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento; migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone; coordinare i piani di intervento sul territorio nazionale; tutelare i diritti sociali e lavorativi; promuovere l'*empowerment* e il coinvolgimento attivo della popolazione e promuovere la lotta allo stigma.

Lo strumento per la promulgazione del piano è quello dell'intesa nella Conferenza Stato-Regioni. Infatti l'emanazione delle raccomandazioni nazionali non è calata dall'alto, bensì fortemente condivisa sul piano tecnico e politico con le Regioni e le Province autonome, nel rispetto della loro legittima autonomia. Ogni anno poi il Ministero della salute pianifica una campagna di comunicazione in base alle indicazioni generali formulate dalle due sezioni del comitato tecnico sanitario.

Quanto all'assunzione di iniziative per inserire la lotta all'HIV e alle infezioni sessualmente trasmesse nei programmi di studio per le nuove generazioni, si segnala che proprio il 2 aprile 2015 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e il Ministero della salute. Poi naturalmente sarà cura del Ministero della salute promuovere la collaborazione delle Regioni e delle Province autonome affinché, nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, sia fornito supporto nell'ambito scolastico per la realizzazione di iniziative di promozione della salute per tutti i bambini e gli adolescenti. Infine, un tavolo paritetico con i rappresentanti dei due Dicasteri sta lavorando alle modalità applicative del protocollo d'intesa.

La riorganizzazione delle cure primarie attualmente in atto con l'istituzione delle forme aggregative complesse, proseguendo la strada già intrapresa con l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, pone tra le finalità un nuovo modo di presa in carico degli assistiti, superando il vecchio modello della medicina di attesa per quello della medicina d'iniziativa, in cui il medico si fa promotore presso la popolazione di corretti stili di vita, con particolare interesse per gli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria.

L'Istituto superiore di sanità ha inteso precisare che la persistenza della patologia da HIV non è esaurita nel Paese, ma, al contrario, il numero cumulativo delle persone HIV-positivo cresce progressivamente ogni anno, con l'effetto dell'aumentata sopravvivenza e ridotta mortalità delle persone con HIV sottoposte a terapia antiretrovirale. Le stime dell'Istituto indicano che circa il 10-15 per cento delle persone sieropositive viventi in Italia non sa di avere contratto l'infezione e quindi non si cura né previene la trasmissione del virus ad altri, contribuendo alla persistenza della patologia. Questa inconsapevolezza del proprio stato di infezione comporta come conseguenza che circa la metà delle persone che scoprono di essere HIV-positivo presen-

tano uno stato avanzato di malattia, cioè uno stato di immunodepressione elevato.

Passo ora ad esprimere il parere sulle singole mozioni. Per quanto riguarda la mozione n. 494 (testo 2), a prima firma della senatrice Bencini, esprimo parere favorevole, con la riformulazione dell'impegno n. 1 del dispositivo nel senso proposto dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca: «a promuovere nella scuola secondaria di secondo grado percorsi di sensibilizzazione e conoscenza delle patologie parenterali o sessualmente trasmesse, nell'ambito dei piani dell'offerta formativa e nel rispetto dell'autonomia scolastica, anche mediante la presenza di idonee figure professionali». Con riferimento all'impegno n. 3, esprimo parere favorevole, a condizione che la parte iniziale sia così riformulata: «valutare l'opportunità di prevedere (...)».

Per quanto riguarda la mozione n. 717, a prima firma del senatore Mandelli, esprimo parere favorevole, a condizione che l'impegno n. 3 del dispositivo venga così riformulato: «a promuovere la lotta all'HIV-AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili presso le nuove generazioni e a sostenere l'informazione e il coinvolgimento attivo delle popolazioni più a rischio».

Quanto alla mozione n. 740, a prima firma del senatore Gaetti, il parere è favorevole a condizione che l'impegno n. 3 del dispositivo sia riformulato nel modo seguente: «a valutare l'opportunità di assumere iniziative per ridurre l'IVA sui profilattici, compatibilmente con i vigenti vincoli di bilancio» e che l'impegno n. 7 sia riformulato come segue: «a elaborare apposite linee guida in materia di educazione alla parità tra i sessi, prevenzione della violenza di genere e di tutte le discriminazioni affinché le scuole di ogni ordine e grado, nella loro piena autonomia nella redazione dei piani triennali dell'offerta formativa, e tenuto conto del ruolo delle famiglie negli organi collegiali, possano promuovere il superamento di ogni pregiudizio a partire da quello sull'orientamento sessuale capace di motivare la violenza e la discriminazione». Quanto agli impegni n. 5 e n. 6, per quanto di competenza del Ministero della salute, si potrà esprimere parere favorevole a condizione che sia accolta la seguente proposta di riformulazione della parte iniziale: «a valutare l'opportunità di adottare iniziative, anche alla luce del Protocollo di intesa 2 aprile 2015 con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (...)». Quanto all'impegno n. 8, la proposta di riformulazione è la seguente: «a valutare l'opportunità, per quanto di competenza del Ministero della salute, di promuovere una revisione dei criteri cui riconnettere il trattamento pensionistico assistenziale in favore dei soggetti affetti da immunodeficienza, considerando, oltre all'attuale criterio tabellare basato sul numero di linfociti CD4 presenti nel sangue, ulteriori parametri obiettivi da stabilire congiuntamente alle associazioni e agli esperti del settore, compatibilmente con i vigenti vincoli di bilancio».

Quanto alla mozione n. 741, a prima firma del senatore Barani, il parere è favorevole, segnalando con riferimento all'impegno n. 4, che un piano nazionale di eradicazione dell'HCV non può che essere incentrato sull'attività ambulatoriale, anziché su quella prettamente ospedaliera.

Quanto all'ordine del giorno G1, a prima firma del senatore Consiglio, il parere è favorevole a condizione che il secondo impegno del dispositivo sia riformulato, in coerenza con quanto espresso in relazione all'impegno n. 1 della mozione a prima firma della senatrice Bencini, di identico tenore, nel seguente modo: «a promuovere nella scuola secondaria di secondo grado percorsi di sensibilizzazione e conoscenza delle patologie parentali o sessualmente trasmesse, nell'ambito dei piani dell'offerta formativa e nel rispetto dell'autonomia scolastica, anche mediante la presenza di idonee figure professionali».

PRESIDENTE. Sottosegretario Faraone, lei ha espresso parere favorevole sulla mozione a prima firma del senatore Barani, facendo una segnalazione. La sua sottolineatura è da intendersi come proposta di riformulazione?

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Senatrice Bencini, accoglie la proposta di riformulazione della mozione n. 494 (testo 2) avanzata dal Sottosegretario?

BENCINI (*Misto-Idv*). Signor Presidente, vorrei sottolineare una cosa.

PRESIDENTE. Senatrice Bencini, in questo modo non riusciamo a votare. Le chiedo se accoglie oppure no la proposta di riformulazione.

BENCINI (*Misto-Idv*). Prevedere all'impegno n. 1 il riferimento alla scuola secondaria di secondo grado è meglio di niente. Come si suol dire, marito vecchio meglio che nulla.

A mio parere, sarebbe stato importante fare educazione già nelle scuole secondarie di primo grado. Stiamo infatti parlando della terza media: quando i ragazzi finiscono le medie e si apprestano ad andare in prima superiore, c'è quel periodo estivo durante il quale comincia la loro maturazione (pubica e non solo). A mio avviso, sarebbe pertanto stato opportuno prevedere tale educazione anche nelle scuole secondarie di primo grado (cioè la famosa terza media) e poi...

PRESIDENTE. Senatrice Bencini, accoglie o no la proposta di riformulazione avanzata dal Sottosegretario?

BENCINI (*Misto-Idv*). Ho già detto che, in assenza di altro, devo purtroppo accettarla. Tuttavia, anche figure di tipo professionale, infermieri e medici...

PRESIDENTE. Senatrice Bencini, la ringrazio. Occorre votare entro le ore 13 e se andiamo avanti così non sarà possibile riuscirci.

Senatore Mandelli, accoglie la proposta di riformulazione della mozione n. 717 avanzata dal Sottosegretario?

MANDELLI (*FI-PdL XVII*). Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Senatore Gaetti, accoglie la proposta di riformulazione della mozione n. 740?

GAETTI (*M5S*). Sì, la accolgo

PRESIDENTE. Senatore Mazzoni, accoglie la proposta di riformulazione avanzata della mozione a sua firma?

MAZZONI (*ALA-SCCLP*). Sì, accolgo la proposta di riformulazione della mozione n. 741.

PRESIDENTE. Senatore Consiglio, accoglie la proposta di riformulazione dell'ordine del giorno G1?

CONSIGLIO (*LN-Aut*). Sì, accolgo la proposta di riformulazione.

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla votazione delle mozioni e dell'ordine del giorno.

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CONSIGLIO (*LN-Aut*). Signor Presidente, abbiamo già ribadito che si tratta di un argomento molto serio che, per certi versi, è stato un po' accantonato forse pensando all'importante percorso di ricerca che è stato compiuto.

La mortalità non è più quella di una volta e ciò ha fatto sì che l'apparato burocratico si adagiasse su degli allori, che effettivamente non ci sono.

Signor Presidente, mi viene in mente quante volte abbiamo sentito pronunciare frasi come: «Figuriamoci! A me non accadrà mai di contrarre la malattia, perché non mi drogo e non sono omosessuale». Occorre però avere chiaro come stanno veramente le cose: non occorre certo drogarsi o essere omosessuali per rischiare di contrarre la malattia, che, anzi, circola molto di più tra gli eterosessuali e tra chi non fa uso di stupefacenti. Nessuno parla più come una volta dell'AIDS e del virus dell'HIV. Almeno in Occidente di AIDS non si muore più, anche se le cose sono un po' diverse nei Paesi africani e orientali. Le persone che hanno contratto questa sindrome somigliano sempre di più ad altri malati cronici, tanto che si è fatto un parallelismo con altre malattie, che poco hanno a che fare con quella in oggetto: si parla infatti di malati cronici, bisognosi di continue cure mediche specialistiche e di trattamenti costosi.

Signor Presidente, sono molti i libri che sono stati scritti in materia e che costituiscono una corposa letteratura sull'AIDS, che per la sua forte vocazione sociale ed essendo portatrice di valori morali ha tentato di rappresentare i pericoli della malattia, richiamando l'attenzione della scienza, discutendo le sofferenze dei malati e denunciandone la solitudine. Si è tentato di evidenziare la scarsa familiarità con la malattia da parte di soggetti che spesso ne parlano a sproposito e di spiegare che esistono centri specializzati nelle maggiori città italiane, che eseguono analisi approfondite, completamente anonime, per aiutare coloro che temono di aver contratto l'AIDS e non vogliono farlo sapere. La scuola - che è oggetto dell'ordine del giorno che abbiamo presentato - è assolutamente chiamata fare la propria parte. Gli insegnanti hanno infatti il compito di favorire l'inserimento e successivamente l'integrazione dei bambini che hanno contratto l'AIDS, che hanno il sacrosanto diritto all'istruzione, ma anche e soprattutto al sostegno e al conforto. Va spiegato e chiarito che questi bambini non rappresentano alcun pericolo per i loro compagni e coetanei e pertanto è compito degli educatori e degli insegnanti far rispettare le basilari norme igieniche e insegnare che i bambini che hanno contratto una malattia del genere possono avere una vita sociale normale. Si tratta di bambini che spesso sono sieropositivi perché figli di una mamma sieropositiva.

Signor Presidente, parlare ai ragazzini non è certamente semplice: non lo è per la scuola, figuriamoci per le famiglie. Gli adulti spesso commettono l'errore di far sì che siano i ragazzi a parlare di argomenti riguardanti la salute sessuale e di aspettare che siano i giovani a rivolgere loro le domande. Molti di questi ragazzi, però, signor Presidente, non rivolgeranno mai agli adulti domande di questo tipo, perché temono di metterli in difficoltà, forse perché a volte manca la necessaria confidenza tra figlio e genitore. Quando manca questo dialogo e si demanda tutto alla scuola si perde una grandissima occasione per fare in modo che all'interno della famiglia ci sia la capacità di parlare con i ragazzi e per insegnare loro i rischi di contrarre malattie molto gravi, attraverso rapporti che sono assolutamente naturali, soprattutto tra i ragazzi di una certa età.

Signor Presidente, desidero concludere l'intervento ringraziando il Governo per l'attenzione mostrata all'ordine del giorno da noi proposto e, più in generale, per il fatto che possa essere rivitalizzata l'attenzione nei confronti di una malattia assolutamente grave. *(Applausi dal Gruppo LN-Aut)*.

DIRINDIN *(Art.1-MDP)*. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIRINDIN *(Art.1-MDP)*. Signor Presidente, i dati di cui abbiamo parlato questa mattina ci dicono che le nuove infezioni da virus dell'immunodeficienza umana sono in calo in tutto il mondo in maniera drastica, così come anche il numero dei decessi che si sono ridotti del 42 per cento dal 2004. Aumenta, però, il numero di pazienti in terapia in tutto il mondo. Oggi ci sono quasi 16 milioni di pazienti in terapia e basti pensare che nel 2010

erano circa la metà. Le persone che invece sono affette da HIV sono 36 milioni nel mondo e di questi circa 25 milioni sono nell'Africa subsahariana: un problema grosso che riguarda i rapporti fra il Nord e il Sud del mondo. Ciò vuol dire che meno della metà degli ammalati ha accesso alle cure.

Per quel che riguarda il nostro Paese, come è stato detto, in Italia si verificano ogni anno circa 4000 nuovi casi e questo è un numero che fa fatica a scendere, anzi, si mantiene più o meno costante nel tempo. Ciò vuol dire che le persone non si proteggono dall'infezione come potrebbero e che c'è un'importante presenza di persone portatrici inconsapevoli della malattia. È un segnale preoccupante, che rende evidente la carenza delle iniziative per la prevenzione della malattia e giustifica l'attenzione che oggi tutti quanti, in quest'Aula, stiamo dando alle mozioni che sono state presentate. Che fare dunque?

Le armi di cui disponiamo sono note, ma devono essere continuamente sostenute, migliorate e aggiornate al fine di renderle maggiormente efficaci. Ciò che è necessario fare può essere ricompreso in tre grandi ambiti: innanzitutto è necessario garantire l'accesso alle terapie, in particolare ai farmaci innovativi che negli ultimi anni hanno permesso grandi miglioramenti delle condizioni cliniche dei malati e della speranza di vita degli stessi. Il nostro Paese ha dimostrato, negli anni passati, una relativa eccellenza nella cura dell'HIV e dell'AIDS. Tale eccellenza va sostenuta e consolidata, monitorando la disponibilità in tutte le Regioni dei nuovi farmaci innovativi.

Il secondo ambito di intervento riguarda ciò che serve oltre la terapia perché le terapie non bastano. Come dice un medico africano che ha lavorato a lungo in Congo con questi malati, la lotta all'AIDS non riguarda solo il sesso sicuro. Nella semplice sfida contro il virus si tratta, purtroppo, di una promozione integrale dello sviluppo umano, *in primis* tra i giovani. Dobbiamo soffermarci sull'emarginazione, la povertà, la discriminazione nei confronti della donna, le condizioni dei detenuti in carcere, la situazione degli immigrati e non solo sulla promiscuità dei rapporti che, com'è stato detto, incide solo marginalmente. Questo è vero anche per l'Italia.

È necessario, quindi, che il programma annunciato nel dicembre 2016 dal Ministero della salute preveda di sostenere maggiormente l'integrazione tra la componente sanitaria della cura ai malati e la componente sociale, al fine di consentire una presa in carico globale della persona. Il senso di solitudine, lo stigma e le difficoltà economiche, l'isolamento sociale sono fattori che devono essere esplicitamente considerati, così come le manifestazioni cliniche della malattia.

Il terzo ambito nel quale intervenire è la prevenzione. I molti dati che sono stati portati questa mattina dimostrano che sulla prevenzione bisogna lavorare molto più di quanto non sia stato fatto fino ad oggi. Da alcuni anni nel nostro Paese sembra essersi abbassata la guardia, in particolare tra i giovani, dove risulta una conoscenza della malattia e delle modalità di trasmissione scarsa o addirittura erronea.

Vorrei aggiungere una raccomandazione al Governo: non basta su questo contare sul lavoro, peraltro egregio, che hanno fatto molte associazioni senza fini di lucro. Le istituzioni devono assumersi in prima persona la responsabilità di affrontare il problema con le risorse e le capacità che solo

esse possono mettere in campo, in primo luogo attraverso un potenziamento del ruolo dei consultori.

Per queste ragioni il Gruppo del Movimento democratico e progressista dichiara la propria adesione alle mozioni che questa mattina vengono discusse e che promuovono iniziative per la prevenzione e contro la diffusione dell'AIDS. (*Applausi della senatrice Gatti*).

PRESIDENTE. Colleghi, d'ufficio devo disporre la riduzione a quattro minuti dei tempi per le dichiarazioni di voto per consentire di svolgere le votazioni.

D'ANNA (*ALA-SCCLP*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

D'ANNA (*ALA-SCCLP*). Signor Presidente, non ho altro da aggiungere rispetto a quanto illustrato in discussione generale e ribadito più volte dai miei colleghi anche con dovizia di particolari e considerazioni. Credo che la cosa più saggia da fare sia dichiarare il voto favorevole e astenermi da ogni altro commento. (*Applausi del senatore Pagnoncelli*).

BENCINI (*Misto-Idv*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BENCINI (*Misto-Idv*). Signor Presidente, desidero sottolineare, innanzitutto, che la mozione mette in evidenza alcuni punti specifici che, non solo a me, appaiono importanti ai fini della prevenzione, a partire da quello di promuovere all'interno delle scuole dall'ultimo anno delle medie (lo dico in questa maniera perché appartengo alla vecchia categoria, avendo quarant'otto anni, e alla mia epoca si facevano le medie e le superiori, mentre oggi c'è la distinzione tra scuola secondaria di primo e secondo grado). Il Governo mi invita a modificare il primo punto del dispositivo inserendo la scuola secondaria di secondo grado, quindi questa informazione si comincerà a dare ai ragazzi a partire dalla prima superiore. Credo, invece, che sia importante cominciare a informare i ragazzi sulle malattie infettive a trasmissione sessuale in terza media e, quindi, nelle scuole secondarie di primo grado, perché nell'ultimo anno i giovani hanno un'età per cui sono sviluppati e si avvicinano per la prima volta al sesso. Sarebbe quindi importante metterli a conoscenza di ciò cui si va incontro quando si ha un rapporto non protetto, in modo da prevenire. Questo lo si può fare in ambito scolastico attraverso figure professionali che si occupano di sanità (infermieri e medici). Ben venga anche l'insegnamento da parte dei docenti, i quali però credo siano sufficientemente oberati da tutto quanto devono insegnare. Insegnare questo tipo di materie nelle scuole medie, dove non ci sono alcune figure,

sarebbe, a mio avviso, un compito da assegnare, con incontri mirati, a soggetti appartenenti alla sanità come infermieri e medici.

Un altro punto presente nella mozione che mi interessava sottolineare è la propaganda a livello pubblicitario. Mi sembra che il Governo abbia preso in considerazione anche questo.

Un terzo punto, che è stato corretto nella mozione, è la previsione all'interno delle ASL di consultori informativi in ambito di malattie infettive di tipo parentale. In proposito, mi è stato spiegato - e ne convengo - che ogni Regione ha la sua facoltà di agire. Pertanto, si può solo invitare le Regioni a mettersi in regola e a prevedere questi consultori. Devo dire che la Regione Toscana in questo è virtuosa, perché questo già c'è.

Tutte le mozioni impegnano il Governo con punti sicuramente importanti, per cui voteremo a favore delle mozioni presentate, oltre alla mia.

Saluto ad una rappresentanza di studenti

PRESIDENTE. Saluto a nome dell'Assemblea i docenti e gli studenti dell'Istituto comprensivo «Generale Gonzaga» di Eboli, in provincia di Salerno, che stanno assistendo ai nostri lavori. (*Applausi*).

Ripresa della discussione delle mozioni nn. 494 (testo 2), 717, 740 e 741 (ore 12,36)

AIROLA (*M5S*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

AIROLA (*M5S*). Signor Presidente, in sede di discussione abbiamo sentito citare numeri allucinanti dai colleghi: 36 milioni di malati nel mondo, più di 2 milioni di nuove diagnosi nel 2015. Il nostro Paese è al secondo posto in Europa per decessi. Ci sono stati 40.000 decessi solo nel 2014 e l'informazione è completamente assente sia sui giornali che in televisione.

L'HIV è un virus che si nutre di ignoranza: è così che aumenta e si diffonde soprattutto tra i giovani, perché i più colpiti sono proprio gli *under 30*. La maggior parte dei casi è attribuita a rapporti sessuali non protetti: parliamo dell'85 per cento. Questo è gravissimo.

Sono sufficienti questi pochi dati per comprendere la follia di uno Stato che si è arreso nell'informazione e che è indifferente ai 4.000 nuovi casi all'anno di cittadini italiani che si ammalano. Ormai la giornata del 1° dicembre è uno *spot* dal tenore propagandistico più che scientifico, quindi l'unica vera arma per la prevenzione è informare tutti i giorni attraverso televisioni e giornali, atteso che solo il 35 per cento dei ragazzi italiani usa abitualmente il preservativo. (*Il senatore Airola mostra un preservativo*). Signori, questo mostriamolo ai ragazzi: è importante che lo si trovi nelle scuole, nei luoghi di aggregazione maggiormente frequentati da giovani, esatta-

mente come in un presidio sanitario si possono trovare gli strumenti per la prevenzione.

Negli anni Ottanta del virus si sapeva davvero poco, se ne parlava solo nei consensi scientifici; tuttavia negli anni Novanta, con decessi di grandi *star* e di personaggi famosi, se ne è cominciato a parlare. Negli anni Duemila di AIDS non si muore più, almeno nei Paesi occidentali, anche se i sieropositivi devono affrontare terapie molto pesanti. Nell'ultimo decennio i farmaci sono diventati sempre più efficaci e il risultato è che dell'infezione non si parla più, caro Governo. Sono passati trent'anni, la scienza è andata avanti, i pazienti hanno ottenuto molto, ma l'AIDS rimane la pandemia che miete più vittime nel mondo.

Per ribadire gli impegni contenuti nella mozione n. 740 (testo 2), manca qualsiasi forma di educazione alla sessualità nelle scuole; in particolare, continua il tabù che limita l'uso del preservativo. Vi sono inoltre illegittime discriminazioni negli ambienti lavorativi, l'ignoranza regna sovrana: ancora oggi il 33 per cento dei giovani crede che ci si possa ammalare tramite la saliva, mentre il 13,9 per cento degli adulti è convinto che si possa trasmettere con la puntura di una zanzara (sono dati della Caritas Ambrosiana). Ovviamente è tutto falso.

I preservativi costano troppo. Sappiamo che il Governo aumenterà l'IVA su tutto, quindi la proposta di diminuire quella sui preservativi forse non sarà presa in considerazione: immaginate però che danno farete alla nazione, soprattutto per i costi sanitari che dovremo affrontare, oltre che ovviamente in termini di salute dei cittadini.

Vorrei formulare ancora due piccoli inviti. Oltre alle proposte che abbiamo formulato, chiediamo al Governo di ottemperare puntualmente all'impegno di cui all'articolo 8, comma 3, della legge n. 135 del 5 giugno 1990, riferendo annualmente in Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione. Siamo di fronte ad un'indifferenza gravissima e al silenzio di Ministri della sanità che si sono susseguiti per gli ultimi dieci anni che hanno propagandato ignoranza per contiguità con le grandi aziende farmaceutiche o subalternità con preconcetti religiosi, anche della Chiesa cattolica, che non possono più essere accettati. Sulle note di questo sciagurato silenzio, gli unici a festeggiare le migliaia di nuovi malati sono le grandi aziende farmaceutiche: cominciamo quindi a fermarle da oggi.

Ovviamente voteremo a favore di tutte le mozioni. (*Applausi dal Gruppo M5S*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MANDELLI (*FI-PdL XVII*). Signor Presidente, ovviamente il mio intervento sarà breve per consentire di votare le mozioni, che è il fatto più importante. Sicuramente il dibattito è stato interessante e importante, ma bisogna fare in modo che non sia solo una delle tante giornate passate a occu-

parci dei problemi del Paese senza poi poter invece porre in essere un'azione efficace.

Rammento pertanto alcune questioni fondamentali. Innanzitutto, abbiamo bisogno che il nuovo piano nazionale AIDS, che presto sarà inviato alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sia approvato velocemente: questo è un fatto fondamentale che spero davvero il Governo intenda seguire con molta attenzione. Sicuramente vi sono altri tre punti: diagnosi precoce, che come abbiamo detto è fondamentale, prevenzione, che altrettanto è fondamentale, e informazione. Quest'ultimo è l'anello debole della catena, quello su cui davvero bisogna concentrarsi per fare in modo che le nostre parole di questa mattina non siano solo un esercizio sterile e fine a se stesso.

Con questo intento, noi voteremo favorevolmente a tutte le mozioni, astenendoci su quella del Movimento 5 Stelle.

BIANCO (PD). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BIANCO (PD). Signor Presidente, velocemente vorrei riassumere, a livello di salute globale, il fenomeno HIV/AIDS, citando un'espressione molto sintetica, ma formidabile che troviamo nelle *slide* che accompagnano la relazione UNAIDS 2016: «*AIDS is not over but it can be*», l'AIDS non è sconfitto, ma può esserlo; questo è quello che ci dicono a livello mondiale.

La relazione prosegue affermando che milioni di vite sono state salvate ma ci sono ancora importanti pietre miliari da raggiungere, barriere da abbattere e frontiere da superare. Il risultato della riduzione delle morti da AIDS, di cui questa mattina abbiamo sentito, deriva dalla disponibilità di servizi e mezzi diagnostici sempre più sensibili, che facilitano la prevenzione secondaria, la disponibilità di strategie terapeutiche con farmaci antiretrovirali usati anche a scopo profilattico nelle manifeste condizioni di rischio. Farmaci capaci, quando tempestivamente usati, di controllare la replicazione virale e le conseguenze sul sistema immunitario cellulare, garantendo così sopravvivenze con buoni *standard* di qualità di vita, che consentono la riconnessione degli individui infetti a normali *standard* di vita sociale, relazionale, lavorativa e sessuale. Questo è il quadro che ci consegna il successo della medicina.

I dati italiani che, come sappiamo, sono abbastanza puntuali perché le segnalazioni AIDS sono diventate delle vere e proprie notifiche, raccolte dal Centro Operativo AIDS (COA), presso l'Istituto superiore di sanità, definiscono una straordinaria piattaforma per comprendere l'evoluzione della storia naturale delle malattie HIV correlate, i suoi punti di forza che, come abbiamo appena detto, sono prevalentemente i servizi e i farmaci disponibili, ma anche i suoi punti di debolezza, nelle strategie di contrasto di cui abbiamo sentito l'incidenza.

Vorrei aggiungere questo: nella popolazione italiana, i nuovi casi di AIDS riguardano per il 77,4 per cento maschi, con un'età mediana di trentanove anni (trentasei tra le donne); nell' 85,5 per cento dei casi il contagio è

stato determinato da rapporti sessuali non protetti: di questi, un po' più della metà eterosessuali e un po' meno omosessuali maschili.

L'altro dato importante, secondo una recente indagine della SWG, è che solo il 57 per cento degli intervistati nelle classi di età tra venticinque e trentaquattro anni, dove l'incidenza dell'AIDS è del 30 per cento, dimostra di conoscere le modalità di contagio e solo il 37 per cento considera l'HIV curabile, ma comunque è insopportabile lo stigma.

Signor Presidente, il sottosegretario Faraone, così come le mozioni, hanno richiamato il Piano nazionale AIDS del Ministero e credo che i punti delle mozioni siano tutti abbastanza dentro tale Piano nazionale, quindi non mi ripeto e non ripeto, ovviamente, i contenuti. Ricordo solo che, come è stato detto, non possono solo essere politiche sanitarie quelle di contrasto all'AIDS: occorrono politiche integrate di informazione, formazione ed educazione, assistenziali e sociali.

Tutti questi elementi li ritrovo, concorrono e si integrano nelle varie mozioni. Ecco perché annuncio il voto favorevole, con le riformulazioni proposte dal Governo, del Gruppo del Partito Democratico a tutte le mozioni all'ordine del giorno. *(Applausi dal Gruppo PD)*.

PRESIDENTE. Prima di procedere alla votazione, avverto che, in linea con una prassi consolidata, le mozioni saranno poste ai voti secondo l'ordine di presentazione. Passiamo dunque alla votazione della mozione n. 494 (testo 3).

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

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

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 494 (testo 3), presentata dalla senatrice Bencini e da altri senatori.

(Segue la votazione).

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

Passiamo alla votazione della mozione n. 717 (testo 2).

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

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 717 (testo 2), presentata dal senatore Mandelli e da altri senatori.

(Segue la votazione).

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

Passiamo alla votazione della mozione n. 740 (testo 2).

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

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 740 (testo 2), presentata dal senatore Gaetti e da altri senatori.

(Segue la votazione).

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

Passiamo alla votazione della mozione n. 741 (testo 2).

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

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo della mozione n. 741 (testo 2), presentata dal senatore Barani e da altri senatori.

(Segue la votazione).

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

Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno G1 (testo 2).

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

(La richiesta risulta appoggiata).

Indico la votazione nominale con scrutinio simultaneo dell'ordine del giorno G1 (testo 2), presentato dal senatore Consiglio e da altri senatori.

(Segue la votazione).

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

I nostri lavori si sono pertanto conclusi e, visto l'orario, gli interventi su argomenti non iscritti all'ordine del giorno verranno svolti a conclusione di un'altra seduta.

Mozioni, interpellanze e interrogazioni, annunzio

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

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

La seduta è tolta (*ore 12,50*).

Allegato A**MOZIONI****Mozioni su iniziative contro la diffusione dell'AIDS****(1-00494)** (testo 2) (02 marzo 2017)

BENCINI, MAURIZIO ROMANI, VACCIANO, BIGNAMI, DE PIETRO, MUSSINI, MOLINARI, CASALETTO, CERVELLINI, SIMEONI, MASTRANGELI, BELLOT, MUNERATO, PEPE, ZIN, ROMANO, ORELLANA, D'AMBROSIO LETTIERI, MARIO MAURO, LANIECE, REPETTI, BONDI, BIANCONI, MANCUSO, ANITORI, GOTOR, DIRINDIN, DI GIORGI. -

V. testo 3

Il Senato,

premesso che:

dal 1988 il 1° dicembre di ogni anno si celebra la giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS, finalizzata all'informazione e alla sensibilizzazione nonché alla verifica dei risultati alla lotta a questa gravissima malattia;

Unaid (il programma delle Nazioni Unite per l'AIDS/HIV) ha reso noti i dati contenuti nel suo rapporto annuale, svelando che le nuove infezioni da virus dell'immunodeficienza umana sono in calo del 35 per cento rispetto al picco massimo registrato 15 anni fa; anche il numero dei decessi è in calo (del 42 per cento rispetto al 2004), mentre aumenta il numero dei pazienti in terapia in tutto il mondo: quasi 16 milioni (per la precisione 15,8), molti di più rispetto ai 2,2 milioni in cura 10 anni fa e il doppio in confronto a quelli in terapia nel più recente 2010;

non è però ancora giunto il momento di cantare vittoria: le stime parlano di 36,8 milioni di persone con l'HIV nel 2014. Ed ancora, la percentuale di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV ammonta al 27,1 per cento nel 2014, con un numero assoluto pari a 1.002 casi. In particolare, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata di 19,2 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti rispetto ad un'incidenza, tra italiani residenti, di 4,7 nuovi casi per 100.000 residenti;

la giornata suddetta, oltre a mantenere viva la memoria delle tante persone scomparse nei 30 anni di epidemia, ha l'obiettivo di incrementare il sostegno alle persone con infezione da HIV (riduzione dello stigma), sensibilizzare le persone ad eseguire il *test* per l'HIV (prevenire nuovi casi) e, non ultimo, supportare le persone che tutti i giorni lavorano e studiano in questo ambito della medicina;

il 1° dicembre vuole anche però riportare l'attenzione sull'infezione da HIV, dal momento che ogni anno in Italia si verificano circa 4.000 nuovi

casi, dei quali non si riesce ad intravedere una riduzione. Oltre la metà delle nuove diagnosi avviene molto tempo dopo l'avvenuta infezione, quando essa ha creato danni importanti al sistema immunitario degli individui, tali da consentire la comparsa di infezioni e tumori talvolta letali. Ed infatti, basti considerare come negli ultimi anni sia aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamato, ignorando la propria sieropositività; pertanto, diminuiscono sensibilmente le probabilità di risposta positiva alle cure. Ed ancora, nel 2014, l'emersione dello stato di sieropositività al virus dell'HIV è avvenuto principalmente per cause diverse dall'accesso volontario al *test* dell'HIV; nello specifico, nel 26,4 per cento dei casi il *test* HIV è stato eseguito per la presenza di sintomi correlati all'HIV, e nel 12,9 per cento dei casi in seguito ad accertamenti per altra patologia o alla diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa;

la giornata mondiale dell'AIDS offre una cassa di risonanza unica per parlare dell'HIV. Nonostante gli enormi progressi scientifici l'infezione da HIV/AIDS è ancora una delle principali cause di morte del nostro pianeta, soprattutto l'Africa subsahariana ed i Paesi del terzo mondo dove si registrano ancora milioni di nuovi casi di infezione all'anno;

considerato che:

rimane fondamentale la prevenzione, i cui strumenti sono a scelta delle persone: l'astensione dai rapporti a rischio, l'uso regolare del profilattico; altrettanto fondamentale è l'effettuazione regolare del *test* in caso di rapporti non protetti, quando si inizia una nuova relazione, quando si desidera concepire un figlio, o anche solamente in caso di dubbio;

la terapia farmacologica oggi ha elevato di molto le prospettive di vita ma non la qualità, si tratta di una vita comunque sempre sotto controllo perché questo è un virus che accelera il processo di invecchiamento;

negli ultimi anni l'attenzione pubblica sul tema dell'AIDS è notevolmente calata, nonostante i nuovi casi di infezione, nei Paesi sviluppati come il nostro, siano stabili; così come, i dati raccolti sul fenomeno *de quo* testimoniano come gli adulti ma soprattutto gli adolescenti siano disinformati o non correttamente informati rispetto all'HIV - a titolo esemplificativo, solo il 5,2 per cento dei ragazzi tra 15 e 19 anni sa che cosa sia l'intervallo finestra, informazione chiave per accedere correttamente al *test* per l'HIV;

la riduzione di nuovi casi di malattia conclamata non è infatti tanto attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV, quanto piuttosto alle nuove terapie di farmaci antiretrovirali che hanno allungato in modo significativo il periodo di tempo che trascorre tra l'infezione e la malattia;

l'inadeguata percezione del rischio AIDS tra la popolazione è invece ancora molto alta, come è diffusa l'errata convinzione che la malattia riguardi solo particolari categorie di persone "a rischio", ad esempio i tossicodipendenti e gli omosessuali. Al contrario, negli ultimi anni la prima causa di contagio da HIV sono i rapporti eterosessuali non protetti;

il preservativo, anche quello femminile, resta ancora il fondamentale strumento di prevenzione dell'infezione da HIV nel caso di rapporti occasionali;

l'importanza di non abbassare la guardia e di continuare a sensibilizzare e informare la popolazione sul tema è quindi sensibilmente evidente soprattutto laddove si consideri, si ripete, come negli ultimi anni sia aumentata la percentuale delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività, per cui diminuiscono percettibilmente le probabilità di risposta positiva alle cure - gli ultimi dati disponibili indicano una proporzione del 67,9 per cento;

considerato infine che, nel mese di dicembre 2016, secondo quanto affermato dal Ministro della salute, il Ministero predisponiva il piano nazionale contro l'Aids, a cui doveva seguire l'approvazione dal Consiglio superiore di sanità per poi passare al vaglio delle Regioni per l'avallo definitivo e la concreta applicazione sul territorio. Secondo le dichiarazioni del Ministro, tale piano si compone di una serie di obiettivi tra cui: la messa a punto e la realizzazione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni; facilitare l'accesso al *test* per far emergere il sommerso; garantire a tutti l'accesso alle cure; favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento; migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone che vivono con Hiv e Aids; coordinare i piani di intervento sul territorio nazionale; tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone che vivono con Hiv e Aids; promuovere la lotta allo stigma; promuovere l'informazione e il coinvolgimento attivo delle popolazioni a rischio,

impegna il Governo:

1) a promuovere, all'interno delle scuole, a partire dall'ultimo anno delle medie, la cultura e la conoscenza delle patologie parenterali o sessualmente trasmesse e, al contempo, le idonee figure professionali, quali infermieri e medici infettivologi, per educare alle buone pratiche e alla prevenzione;

2) a promuovere la pubblicità progresso a scopo divulgativo e informativo, prevedere la distribuzione di opuscoli e cartoline esplicative in ambienti frequentati da giovani e non solo, come in locali da ballo e di divertimento in genere, nonché negli ambulatori dei medici di base e specialisti;

3) a prevedere, all'interno di tutte ASL, un punto informativo cui potersi rivolgere per apprendere nozioni di educazione alla sessualità ed alla prevenzione da patologie parenterali o sessualmente trasmissibili;

4) a coinvolgere i medici di base nel prendere contatti con i propri pazienti di giovane età, al fine di dare loro tutte le informazioni necessarie sul tema;

5) a concretizzare il piano nazionale contro l'Aids così come preventivato e promesso.

(1-00494) (testo 3) (14 marzo 2017)

BENCINI, MAURIZIO ROMANI, VACCIANO, BIGNAMI, DE PIETRO, MUSSINI, MOLINARI, CASALETTO, CERVELLINI, SIMEONI, MASTRANGELI, BELLOT, MUNERATO, PEPE, ZIN, ROMANO, ORELLANA, D'AMBROSIO LETTIERI, MARIO MAURO, LANIECE, REPETTI, BONDI, BIANCONI, MANCUSO, ANITORI, GOTOR, DIRINDIN, DI GIORGI. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

dal 1988 il 1° dicembre di ogni anno si celebra la giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS, finalizzata all'informazione e alla sensibilizzazione nonché alla verifica dei risultati alla lotta a questa gravissima malattia;

Unaid (il programma delle Nazioni Unite per l'AIDS/HIV) ha reso noti i dati contenuti nel suo rapporto annuale, svelando che le nuove infezioni da virus dell'immunodeficienza umana sono in calo del 35 per cento rispetto al picco massimo registrato 15 anni fa; anche il numero dei decessi è in calo (del 42 per cento rispetto al 2004), mentre aumenta il numero dei pazienti in terapia in tutto il mondo: quasi 16 milioni (per la precisione 15,8), molti di più rispetto ai 2,2 milioni in cura 10 anni fa e il doppio in confronto a quelli in terapia nel più recente 2010;

non è però ancora giunto il momento di cantare vittoria: le stime parlano di 36,8 milioni di persone con l'HIV nel 2014. Ed ancora, la percentuale di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV ammonta al 27,1 per cento nel 2014, con un numero assoluto pari a 1.002 casi. In particolare, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata di 19,2 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti rispetto ad un'incidenza, tra italiani residenti, di 4,7 nuovi casi per 100.000 residenti;

la giornata suddetta, oltre a mantenere viva la memoria delle tante persone scomparse nei 30 anni di epidemia, ha l'obiettivo di incrementare il sostegno alle persone con infezione da HIV (riduzione dello stigma), sensibilizzare le persone ad eseguire il *test* per l'HIV (prevenire nuovi casi) e, non ultimo, supportare le persone che tutti i giorni lavorano e studiano in questo ambito della medicina;

il 1° dicembre vuole anche però riportare l'attenzione sull'infezione da HIV, dal momento che ogni anno in Italia si verificano circa 4.000 nuovi casi, dei quali non si riesce ad intravedere una riduzione. Oltre la metà delle nuove diagnosi avviene molto tempo dopo l'avvenuta infezione, quando essa ha creato danni importanti al sistema immunitario degli individui, tali da consentire la comparsa di infezioni e tumori talvolta letali. Ed infatti, basti considerare come negli ultimi anni sia aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamato, ignorando la propria sieropositività; pertanto, diminuiscono sensibilmente le probabilità di risposta positiva alle cure. Ed ancora, nel 2014, l'emersione dello stato di sieroposi-

tività al virus dell'HIV è avvenuto principalmente per cause diverse dall'accesso volontario al *test* dell'HIV; nello specifico, nel 26,4 per cento dei casi il *test* HIV è stato eseguito per la presenza di sintomi correlati all'HIV, e nel 12,9 per cento dei casi in seguito ad accertamenti per altra patologia o alla diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa;

la giornata mondiale dell'AIDS offre una cassa di risonanza unica per parlare dell'HIV. Nonostante gli enormi progressi scientifici l'infezione da HIV/AIDS è ancora una delle principali cause di morte del nostro pianeta, soprattutto l'Africa subsahariana ed i Paesi del terzo mondo dove si registrano ancora milioni di nuovi casi di infezione all'anno;

considerato che:

rimane fondamentale la prevenzione, i cui strumenti sono a scelta delle persone: l'astensione dai rapporti a rischio, l'uso regolare del profilattico; altrettanto fondamentale è l'effettuazione regolare del *test* in caso di rapporti non protetti, quando si inizia una nuova relazione, quando si desidera concepire un figlio, o anche solamente in caso di dubbio;

la terapia farmacologica oggi ha elevato di molto le prospettive di vita ma non la qualità, si tratta di una vita comunque sempre sotto controllo perché questo è un virus che accelera il processo di invecchiamento;

negli ultimi anni l'attenzione pubblica sul tema dell'AIDS è notevolmente calata, nonostante i nuovi casi di infezione, nei Paesi sviluppati come il nostro, siano stabili; così come, i dati raccolti sul fenomeno *de quo* testimoniano come gli adulti ma soprattutto gli adolescenti siano disinformati o non correttamente informati rispetto all'HIV - a titolo esemplificativo, solo il 5,2 per cento dei ragazzi tra 15 e 19 anni sa che cosa sia l'intervallo finestra, informazione chiave per accedere correttamente al *test* per l'HIV;

la riduzione di nuovi casi di malattia conclamata non è infatti tanto attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV, quanto piuttosto alle nuove terapie di farmaci antiretrovirali che hanno allungato in modo significativo il periodo di tempo che trascorre tra l'infezione e la malattia;

l'inadeguata percezione del rischio AIDS tra la popolazione è invece ancora molto alta, come è diffusa l'errata convinzione che la malattia riguardi solo particolari categorie di persone "a rischio", ad esempio i tossicodipendenti e gli omosessuali. Al contrario, negli ultimi anni la prima causa di contagio da HIV sono i rapporti eterosessuali non protetti;

il preservativo, anche quello femminile, resta ancora il fondamentale strumento di prevenzione dell'infezione da HIV nel caso di rapporti occasionali;

l'importanza di non abbassare la guardia e di continuare a sensibilizzare e informare la popolazione sul tema è quindi sensibilmente evidente soprattutto laddove si consideri, si ripete, come negli ultimi anni sia aumentata la percentuale delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività, per cui diminuiscono percettibilmen-

te le probabilità di risposta positiva alle cure - gli ultimi dati disponibili indicano una proporzione del 67,9 per cento;

considerato infine che, nel mese di dicembre 2016, secondo quanto affermato dal Ministro della salute, il Ministero predisponesse il piano nazionale contro l'Aids, a cui doveva seguire l'approvazione dal Consiglio superiore di sanità per poi passare al vaglio delle Regioni per l'avallo definitivo e la concreta applicazione sul territorio. Secondo le dichiarazioni del Ministro, tale piano si compone di una serie di obiettivi tra cui: la messa a punto e la realizzazione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni; facilitare l'accesso al *test* per far emergere il sommerso; garantire a tutti l'accesso alle cure; favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento; migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone che vivono con Hiv e Aids; coordinare i piani di intervento sul territorio nazionale; tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone che vivono con Hiv e Aids; promuovere la lotta allo stigma; promuovere l'informazione e il coinvolgimento attivo delle popolazioni a rischio,

impegna il Governo:

1) a promuovere nella scuola secondaria di secondo grado percorsi di sensibilizzazione e conoscenza delle patologie parenterali o sessualmente trasmesse, nell'ambito dei piani dell'offerta formativa e nel rispetto dell'autonomia scolastica, anche mediante la presenza di idonee figure professionali;

2) a promuovere la pubblicità progresso a scopo divulgativo e informativo, prevedere la distribuzione di opuscoli e cartoline esplicative in ambienti frequentati da giovani e non solo, come in locali da ballo e di divertimento in genere, nonché negli ambulatori dei medici di base e specialisti;

3) a valutare l'opportunità di prevedere, all'interno di tutte ASL, un punto informativo cui potersi rivolgere per apprendere nozioni di educazione alla sessualità ed alla prevenzione da patologie parenterali o sessualmente trasmissibili;

4) a coinvolgere i medici di base nel prendere contatti con i propri pazienti di giovane età, al fine di dare loro tutte le informazioni necessarie sul tema;

5) a concretizzare il piano nazionale contro l'Aids così come preventivato e promesso.

(1-00717 p.a.) (25 gennaio 2017)

MANDELLI, BOCCARDI, RIZZOTTI, SERAFINI, FLORIS, MALAN, GIRO, MINZOLINI, AZZOLLINI, MARIAROSARIA ROSSI, CERONI, CALIENDO, PALMA, PELINO, PICCOLI, RAZZI, D'ALÌ, ARACRI, ALICATA, SCIASCIA, CARRARO, CORSINI, MATTESINI, MARGIOTTA, PAGLIARI, PADUA, ORRÙ, PIGNEDOLI, SANGALLI, SPOSETTI,

RICCHIUTI, LAI, ALBERTINI, AIELLO, BIANCONI, VICECONTE, BILARDI, COLUCCI, DI GIACOMO, AURICCHIO, PICCINELLI, CONTI, PAGNONCELLI, MAZZONI, COMPAGNONE, COMAROLI, CONSIGLIO, LIUZZI, D'AMBROSIO LETTIERI, PERRONE, MARIO MAURO, GIOVANNI MAURO, ROMANO, LANIECE, FRAVEZZI, PANIZZA, MERLONI, BISINELLA, MAURIZIO ROMANI, MUNERATO, BELLOT, FUCKSIA. -

V. testo 2

Il Senato,

premessò che:

L'HIV è una malattia che riguarda potenzialmente gran parte della popolazione, atteso che, negli anni, si è osservato un cambiamento delle modalità di trasmissione dell'infezione, con un aumento esponenziale dei casi attribuibili a trasmissione sessuale, che rappresentano oggi l'85 per cento del totale; in particolare, tali casi sono aumentati dall'1,7 per cento nel 1985 al 43,2 per cento nel 2014, e quelli attribuibili a trasmissione tra persone omosessuali nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3 al 40,9 per cento;

sono state segnalate, nel 2014, al centro operativo AIDS dell'Istituto superiore di sanità (COA), 858 diagnosi di AIDS, pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti;

la percentuale di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è stata del 27,1 per cento nel 2014, con un numero assoluto pari a 1.002 casi. In particolare, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata di 19,2 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti, rispetto a un'incidenza tra italiani residenti dai 4,7 nuovi casi per 100.000;

nel 2014, l'emersione dello stato di sieropositività al virus dell'HIV è avvenuto principalmente per cause diverse dall'accesso volontario al *test* dell'HIV; nello specifico, nel 26,4 per cento dei casi, il *test* HIV è stato eseguito per la presenza di sintomi correlati all'HIV e nel 12,9 per cento dei casi in seguito ad accertamenti per altra patologia o alla diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa;

premessò, inoltre, che:

il livello di consapevolezza dei rischi di contagio e la conoscenza dei comportamenti per evitare l'infezione è drammaticamente bassa in tutta la popolazione ed in particolare nelle persone più giovani;

una recente ricerca condotta a livello nazionale ha evidenziato che adulti e adolescenti sono disinformati o male informati rispetto all'HIV; a titolo di esempio, solo il 5,2 per cento dei ragazzi tra 15 e 19 anni sa che cosa sia l'intervallo finestra, informazione chiave per accedere correttamente al *test* per l'HIV e, ancora oggi, il 20 per cento delle persone crede che l'AIDS sia la malattia di *gay* e tossicomani;

negli ultimi anni, infatti, è aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività, per cui diminuiscono sensibilmente le probabilità di risposta positiva alle cure: l'ultimo dato disponibile indica una proporzione del 67,9 per cento;

anche nel 2017, sono attese in Italia circa 3.800 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 6,1 nuovi casi per 100.000 residenti; un dato che si è mantenuto costante negli ultimi anni e che pone il nostro Paese al dodicesimo posto tra le nazioni dell'Unione europea;

considerato che:

questi dati mettono in evidenza che l'HIV non è affatto un problema risolto, come qualche organo di comunicazione ha semplicisticamente riportato e come una lettura superficiale dei dati potrebbe far credere; la malattia, infatti, è ancora presente e fortemente in crescita in alcune specifiche popolazioni;

sarebbe un grave errore continuare a pensare all'HIV-AIDS come ad una malattia che riguarda solo una parte ristretta della popolazione, come in effetti, in gran parte, è stato in Italia negli anni '80;

il nostro Paese eccelle nella cura dell'HIV, ma risulta estremamente carente nella prevenzione, sia per l'assenza di azioni informative rivolte alla popolazione, sia per la mancanza di un serio progetto di formazione in materia sanitaria delle giovani generazioni e, in particolare, in materia di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili;

rilevato, dunque, che:

appare ormai improcrastinabile l'esigenza di intervenire, affinché siano programmate e sviluppate serie e concrete iniziative per la prevenzione e la cura efficace dell'HIV nel nostro Paese;

è necessario, in particolare, sviluppare progetti finalizzati ad approfondire il livello di conoscenza della popolazione, per evitare che persone non consapevoli di essere positive al virus ritardino involontariamente l'accesso alle cure, con gravi rischi per la propria salute,

impegna il Governo:

1) a provvedere alla concreta attuazione del nuovo piano nazionale d'intervento contro l'AIDS, in via di approvazione da parte Consiglio superiore di sanità, allo scopo di facilitare l'accesso al *test*, garantire le cure contro la malattia, anche attraverso i farmaci innovativi, e favorire il mantenimento in terapia dei pazienti;

2) a finanziare specifici interventi pluriennali relativi a prevenzione, informazione e ricerca sull'AIDS;

3) ad inserire la lotta all'HIV-AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili nei programmi di studio per le nuove generazioni e a sostenere l'informazione e il coinvolgimento attivo delle popolazioni più a rischio.

(1-00717 *p.a.*) (testo 2) (14 marzo 2017)

MANDELLI, BOCCARDI, RIZZOTTI, SERAFINI, FLORIS, MALAN, GIRO, MINZOLINI, AZZOLLINI, MARIAROSARIA ROSSI, CERONI, CALIENDO, PALMA, PELINO, PICCOLI, RAZZI, D'ALÌ, ARACRI, ALICATA, SCIASCIA, CARRARO, CORSINI, MATTESINI, MARGIOTTA, PAGLIARI, PADUA, ORRÙ, PIGNEDOLI, SANGALLI, SPOSETTI, RICCHIUTI, LAI, ALBERTINI, AIELLO, BIANCONI, VICECONTE, BILARDI, COLUCCI, DI GIACOMO, AURICCHIO, PICCINELLI, CONTI, PAGONCELLI, MAZZONI, COMPAGNONE, COMAROLI, CONSIGLIO, LIUZZI, D'AMBROSIO LETTIERI, PERRONE, MARIO MAURO, GIOVANNI MAURO, ROMANO, LANIECE, FRAVEZZI, PANIZZA, MERLONI, BISINELLA, MAURIZIO ROMANI, MUNERATO, BELLOT, FUCKSIA. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

L'HIV è una malattia che riguarda potenzialmente gran parte della popolazione, atteso che, negli anni, si è osservato un cambiamento delle modalità di trasmissione dell'infezione, con un aumento esponenziale dei casi attribuibili a trasmissione sessuale, che rappresentano oggi l'85 per cento del totale; in particolare, tali casi sono aumentati dall'1,7 per cento nel 1985 al 43,2 per cento nel 2014, e quelli attribuibili a trasmissione tra persone omosessuali nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3 al 40,9 per cento;

sono state segnalate, nel 2014, al centro operativo AIDS dell'Istituto superiore di sanità (COA), 858 diagnosi di AIDS, pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti;

la percentuale di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è stata del 27,1 per cento nel 2014, con un numero assoluto pari a 1.002 casi. In particolare, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata di 19,2 nuovi casi per 100.000 stranieri residenti, rispetto a un'incidenza tra italiani residenti dai 4,7 nuovi casi per 100.000;

nel 2014, l'emersione dello stato di sieropositività al virus dell'HIV è avvenuto principalmente per cause diverse dall'accesso volontario al *test* dell'HIV; nello specifico, nel 26,4 per cento dei casi, il *test* HIV è stato eseguito per la presenza di sintomi correlati all'HIV e nel 12,9 per cento dei casi in seguito ad accertamenti per altra patologia o alla diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa;

premessi, inoltre, che:

il livello di consapevolezza dei rischi di contagio e la conoscenza dei comportamenti per evitare l'infezione è drammaticamente bassa in tutta la popolazione ed in particolare nelle persone più giovani;

una recente ricerca condotta a livello nazionale ha evidenziato che adulti e adolescenti sono disinformati o male informati rispetto all'HIV; a titolo di esempio, solo il 5,2 per cento dei ragazzi tra 15 e 19 anni sa che cosa sia l'intervallo finestra, informazione chiave per accedere correttamente al *test* per l'HIV e, ancora oggi, il 20 per cento delle persone crede che l'AIDS sia la malattia di *gay* e tossicomani;

negli ultimi anni, infatti, è aumentata la proporzione delle persone che arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività, per cui diminuiscono sensibilmente le probabilità di risposta positiva alle cure: l'ultimo dato disponibile indica una proporzione del 67,9 per cento;

anche nel 2017, sono attese in Italia circa 3.800 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 6,1 nuovi casi per 100.000 residenti; un dato che si è mantenuto costante negli ultimi anni e che pone il nostro Paese al dodicesimo posto tra le nazioni dell'Unione europea;

considerato che:

questi dati mettono in evidenza che l'HIV non è affatto un problema risolto, come qualche organo di comunicazione ha semplicisticamente riportato e come una lettura superficiale dei dati potrebbe far credere; la malattia, infatti, è ancora presente e fortemente in crescita in alcune specifiche popolazioni;

sarebbe un grave errore continuare a pensare all'HIV-AIDS come ad una malattia che riguarda solo una parte ristretta della popolazione, come in effetti, in gran parte, è stato in Italia negli anni '80;

il nostro Paese eccelle nella cura dell'HIV, ma risulta estremamente carente nella prevenzione, sia per l'assenza di azioni informative rivolte alla popolazione, sia per la mancanza di un serio progetto di formazione in materia sanitaria delle giovani generazioni e, in particolare, in materia di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili;

rilevato, dunque, che:

appare ormai improcrastinabile l'esigenza di intervenire, affinché siano programmate e sviluppate serie e concrete iniziative per la prevenzione e la cura efficace dell'HIV nel nostro Paese;

è necessario, in particolare, sviluppare progetti finalizzati ad approfondire il livello di conoscenza della popolazione, per evitare che persone non consapevoli di essere positive al virus ritardino involontariamente l'accesso alle cure, con gravi rischi per la propria salute,

impegna il Governo:

1) a provvedere alla concreta attuazione del nuovo piano nazionale d'intervento contro l'AIDS, in via di approvazione da parte Consiglio superiore di sanità, allo scopo di facilitare l'accesso al *test*, garantire le cure contro la malattia, anche attraverso i farmaci innovativi, e favorire il mantenimento in terapia dei pazienti;

2) a finanziare specifici interventi pluriennali relativi a prevenzione, informazione e ricerca sull'AIDS;

3) a promuovere la lotta all'HIV-AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili presso le nuove generazioni e a sostenere l'informazione e il coinvolgimento attivo delle popolazioni più a rischio.

(1-00740) (09 marzo 2017)

GAETTI, AIROLA, BOTTICI, BULGARELLI, CAPPELLETTI, DONNO, FATTORI, LEZZI, MONTEVECCHI, MORONESE, SANTANGELO, SCIBONA, TAVERNA. -

V. testo 2

Il Senato,

premessi che:

il 1° dicembre di ogni anno si celebra la giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS;

l'infezione da HIV continua a propagarsi e l'Aids rimane la pandemia che miete più vittime al mondo; tutti i Paesi ONU si sono impegnati formalmente, attraverso la rete UNAIDS e in particolare il progetto «Getting to Zero 2011-2015», a ridurre a zero le nuove infezioni da HIV, entro il 2015;

il rapporto UNAIDS "Global Report 2013 - Getting to Zero" sottolinea come la percentuale globale delle infezioni e dei decessi per HIV siano diminuiti per la maggiore disponibilità di accesso alle cure: le morti relative all'AIDS sono passate da 2.3 milioni nel 2005 a 1.6 milioni del 2012. Nel 2011 le persone con AIDS erano 5 milioni, nel 2012 sono divenuti 2.3 milioni;

con la strategia UNAIDS 2016-2021, si è definito il quadro della politica di sviluppo globale nel corso dei prossimi 15 anni, che prevede, tra l'altro, l'obiettivo di porre fine all'epidemia di AIDS entro il 2030;

i dati relativi all'Italia, raccolti ed elaborati dal 1984 dall'Istituto superiore di sanità, vengono pubblicati sul sito del centro operativo AIDS (COA);

la relazione AIDS 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n.135, è stata inviata al Parlamento il 16 novembre 2016 e illustra le attività svolte dal Ministero della salute nell'ambito dell'informazione, prevenzione, assistenza e attuazione di progetti relativi all'Hiv/Aids;

nella relazione si legge che, secondo i dati dell'ultimo *report* UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS), nel 2015 ci sono state, in tutto il mondo, oltre 2 milioni di nuove diagnosi di infezione da HIV e sono 36,7 milioni le persone che vivono con l'infezione da HIV. Gli ultimi dati forniti dall'ECDC (Centro europeo per il controllo delle malattie), riferiti al 2014, riportano circa 30.000 nuove diagnosi di infezione da

HIV nei 31 Paesi dell'Unione europea ed European economic area (EU/EEA);

nel 2014 sono stati diagnosticati 858 nuovi casi di AIDS segnalati entro giugno 2015, pari a un'incidenza di 1,4 per 100.000 residenti. Dopo il Portogallo, l'Italia presenta la più alta incidenza di nuovi casi di AIDS tra i Paesi dell'Europa occidentale. In totale, 43.028 persone risultano decedute al 31 dicembre 2014. Il numero annuale di nuovi casi di AIDS al 31 dicembre 2014 è di 67.369 casi;

il nostro Paese, con un'incidenza del 6,1 per 100.000 abitanti, si posizionava nel 2014 al 12° posto rispetto ad altri Paesi dell'Europa occidentale. I dati sono stati aggiornati dall'Istituto superiore di sanità nell'ultimo "Notiziario dell'ISS (Volume 29 - Numero 9, Supplemento 1 - 2016), "Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di Aids in Italia al 31 dicembre 2015", che riporta i dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV e sui casi di Aids segnalati in Italia aggiornati a dicembre 2015. Tali dati portano invece l'Italia al 13° posto in termini di incidenza HIV tra le nazioni europee, registrando un lieve calo delle diagnosi di HIV e di casi di Aids;

nel notiziario dell'ISS citato si legge che, dall'inizio dell'epidemia, nel 1982, a oggi sono stati segnalati oltre 68.000 casi di AIDS, di cui oltre 43.000 deceduti. Nel 2015 sono stati diagnosticati 789 nuovi casi di AIDS pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti;

le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2015 sono maschi nel 77,4 per cento dei casi. L'età mediana era di 39 anni per i maschi e 36 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata nella fascia d'età 25-29 anni (15,4 nuovi casi ogni 100.000 residenti). Nel 2015 la maggioranza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è attribuibile a rapporti sessuali non protetti, che costituiscono l'85,5 per cento di tutte le segnalazioni: eterosessuali 44,9 per cento, MSM (*men who have sex with men*) 40,6 per cento;

nel 2015, il 28,8 per cento delle persone diagnosticate come HIV positive era di nazionalità straniera. Nello stesso anno l'incidenza è stata di 4,3 nuovi casi ogni 100.000 tra italiani residenti e di 18,9 nuovi casi ogni 100.000 tra stranieri residenti. Le incidenze più elevate tra stranieri sono state osservate in Abruzzo, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna;

nel 2015, il 36,6 per cento delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/?L e il 54,5 per cento con un numero inferiore a 350 cell/?L. In Piemonte e nella Provincia autonoma di Trento l'esecuzione del *test* di avidità anticorpale, che permette con una buona approssimazione di identificare le infezioni recenti, ha evidenziato che nel 2015 il 17,3 per cento delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva verosimilmente acquisito l'infezione nei 6 mesi precedenti la prima diagnosi di HIV positività;

nel 2015, il 32,4 per cento delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva eseguito il *test* HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 27,6 per cento in seguito a un comportamento a rischio non specificato;

considerato che:

la recente indagine condotta da Doxa per il Cesvi, ha rilevato che in Italia sono soprattutto i giovani a sottovalutare i rischi della malattia: 1 su 3 pensa che esiste, ma è tenuta sotto controllo e non fa quasi più vittime, 1 giovane su 5 è a rischio, perché non ne ha sentito parlare a scuola e solo raramente sui *media*. Solo il 35 per cento dei ragazzi e ragazze in Italia, nonostante sappiano perfettamente che la via di trasmissione principale è quella sessuale, usa abitualmente il preservativo nelle proprie relazioni e solo il 29 per cento dichiara di aver fatto il *test* dell'HIV. Le giovani donne si espongono maggiormente al rischio, sentendosi protette da una relazione stabile;

i dati suddetti sono soprattutto la diretta conseguenza della mancanza di qualsiasi forma di educazione alla sessualità nelle scuole, ed in particolare del tabù che continua a limitare l'uso del preservativo. La scuola è invece il luogo privilegiato per attuare un metodo partecipativo, che consenta di raggiungere obiettivi comportamentali che siano determinanti nel prevenire e conservare la salute. Nelle scuole e nelle università si registra, di contro, la totale mancanza di distributori di preservativi; acquistarli risulta poi ancora troppo caro per un'ampia fascia di cittadini. Il preservativo maschile e femminile, unico metodo per prevenire tutte le malattie a trasmissione sessuale ed insieme le gravidanze non desiderate, è un presidio sanitario; per tale ragione deve esserne garantita l'accessibilità a tutti; elencare i preservativi tra i farmaci prescrivibili, effettuare campagne nelle scuole e per il pubblico generalista, inserire l'educazione alla sessualità (utile anche contro la discriminazione di genere e per l'orientamento sessuale), sono la base minima per una politica seria per la salute della popolazione relativa alle malattie sessualmente trasmissibili. Quanto al mondo lavorativo, poi, l'infezione da HIV non è tuttora considerata una normale patologia cronica appartenente alla categoria delle malattie sessualmente trasmissibili. Anche in questo campo, a causa della disinformazione, questa malattia provoca un processo di stigmatizzazione e discriminazione: licenziamenti, trasferimenti e cambi di mansioni del tutto illegittimi e immotivati;

la riduzione degli ostacoli per l'accesso al *test* per l'HIV e la conseguente diagnosi precoce rappresentano l'unica possibilità per offrire adeguate cure al sieropositivo, tant'è che in data 22 novembre 2012, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato stipulato "l'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle regioni e province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012", che prevede l'erogazione alle regioni di fondi funzionalizzati alla realizzazione di progetti

finalizzati alla prevenzione e al contrasto della diffusione dell'HIV (linea progettuale 3: diagnosi di infezione da HIV) con una dotazione di 15 milioni di euro;

un'analisi condotta di recente da cittadini ("Cittadinanza attiva" e "LILA") ha evidenziato molte incongruenze tra i progetti presentati dalle regioni sulla «linea progettuale 3: diagnosi di infezione da HIV» e gli obiettivi definiti dall'accordo citato, tant'è che gli stessi hanno sollecitato gli organi preposti, affinché vigilino sul corretto utilizzo dei fondi dedicati;

numerosi nuovi casi di sieropositività potrebbero essere facilmente scongiurati, attraverso l'informazione e i comportamenti corretti: attività di prevenzione fondamentale, con programmi di educazione sanitaria della popolazione, rivolti ai giovani in particolare, garantiti nel tempo e costanti nella loro applicazione,

impegna il Governo:

1) ad ottemperare puntualmente all'impegno di cui all'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135, quindi a riferire annualmente al Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV, tenuto conto che l'ultima relazione è stata quella per l'anno 2015, inviata al Parlamento il 16 novembre 2016;

2) ad assumere iniziative volte a garantire il corretto svolgimento dei compiti del Comitato tecnico sanitario operante presso il Ministero della salute, al quale sono state trasferite le funzioni della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e della Consulta delle associazioni per la lotta contro l'AIDS;

3) ad assumere iniziative per ridurre l'Iva sui profilattici;

4) ad attivare iniziative di informazione e prevenzione continuative utili alla diffusione dell'uso del profilattico nei rapporti sessuali e a rendere noto il suo costo nonché la sua effettiva disponibilità nei luoghi maggiormente frequentati soprattutto dai giovani;

5) ad assumere iniziative per prevedere la distribuzione possibilmente gratuita, in particolare nelle scuole e nelle università, del profilattico in quanto presidio sanitario, anche tramite appositi distributori automatici;

6) ad adottare, in raccordo con tutte le altre amministrazioni competenti, iniziative permanenti di informazione e prevenzione relative all'igiene sessuale nelle scuole e nei luoghi di maggior aggregazione, così come avviene da anni in tutti gli altri Paesi europei;

7) a elaborare appositi programmi di «educazione sentimentale» e di genere nelle scuole di ogni ordine e grado, al fine di promuovere il superamento dei pregiudizi fondati sul genere di appartenenza e sull'orientamento sessuale capaci di motivare la violenza e la discriminazione;

8) a promuovere una revisione dei criteri cui riconnettere il trattamento pensionistico assistenziale in favore dei soggetti affetti da immunodeficienza, considerando, oltre all'attuale criterio tabellare basato sul numero

di linfociti CD4 presenti nel sangue, ulteriori parametri obiettivi da stabilire congiuntamente alle associazioni e agli esperti del settore;

9) a ottemperare all'impegno verso le istituzioni internazionali UNAIDS e ECDC per la stesura del rapporto sullo stato dell'epidemia e sulle azioni per contrastarla (*country progress reports*);

10) a valutare il corretto utilizzo dei fondi erogati alle regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, così come da accordo del 22 novembre 2012 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

11) a garantire sull'intero territorio nazionale quanto previsto dalla legge n. 135 del 1990 in merito all'anonimato del *test* HIV, al fine di tutelare integralmente la riservatezza delle persone sieropositive.

(1-00740) (testo 2) (14 marzo 2017)

GAETTI, AIROLA, BOTTICI, BULGARELLI, CAPPELLETTI, DONNO, FATTORI, LEZZI, MONTEVECCHI, MORONESE, SANTANGELO, SCIBONA, TAVERNA. -

Approvata

Il Senato,

premessi che:

il 1° dicembre di ogni anno si celebra la giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS;

l'infezione da HIV continua a propagarsi e l'Aids rimane la pandemia che miete più vittime al mondo; tutti i Paesi ONU si sono impegnati formalmente, attraverso la rete UNAIDS e in particolare il progetto «Getting to Zero 2011-2015», a ridurre a zero le nuove infezioni da HIV, entro il 2015;

il rapporto UNAIDS "Global Report 2013 - Getting to Zero" sottolinea come la percentuale globale delle infezioni e dei decessi per HIV siano diminuiti per la maggiore disponibilità di accesso alle cure: le morti relative all'AIDS sono passate da 2.3 milioni nel 2005 a 1.6 milioni del 2012. Nel 2011 le persone con AIDS erano 5 milioni, nel 2012 sono divenuti 2.3 milioni;

con la strategia UNAIDS 2016-2021, si è definito il quadro della politica di sviluppo globale nel corso dei prossimi 15 anni, che prevede, tra l'altro, l'obiettivo di porre fine all'epidemia di AIDS entro il 2030;

i dati relativi all'Italia, raccolti ed elaborati dal 1984 dall'Istituto superiore di sanità, vengono pubblicati sul sito del centro operativo AIDS (COA);

la relazione AIDS 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n.135, è stata inviata al Parlamento il 16 novembre 2016

e illustra le attività svolte dal Ministero della salute nell'ambito dell'informazione, prevenzione, assistenza e attuazione di progetti relativi all'Hiv/Aids;

nella relazione si legge che, secondo i dati dell'ultimo *report* UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS), nel 2015 ci sono state, in tutto il mondo, oltre 2 milioni di nuove diagnosi di infezione da HIV e sono 36,7 milioni le persone che vivono con l'infezione da HIV. Gli ultimi dati forniti dall'ECDC (Centro europeo per il controllo delle malattie), riferiti al 2014, riportano circa 30.000 nuove diagnosi di infezione da HIV nei 31 Paesi dell'Unione europea ed European economic area (EU/EEA);

nel 2014 sono stati diagnosticati 858 nuovi casi di AIDS segnalati entro giugno 2015, pari a un'incidenza di 1,4 per 100.000 residenti. Dopo il Portogallo, l'Italia presenta la più alta incidenza di nuovi casi di AIDS tra i Paesi dell'Europa occidentale. In totale, 43.028 persone risultano decedute al 31 dicembre 2014. Il numero annuale di nuovi casi di AIDS al 31 dicembre 2014 è di 67.369 casi;

il nostro Paese, con un'incidenza del 6,1 per 100.000 abitanti, si posizionava nel 2014 al 12° posto rispetto ad altri Paesi dell'Europa occidentale. I dati sono stati aggiornati dall'Istituto superiore di sanità nell'ultimo "Notiziario dell'ISS (Volume 29 - Numero 9, Supplemento 1 - 2016), "Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di Aids in Italia al 31 dicembre 2015", che riporta i dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV e sui casi di Aids segnalati in Italia aggiornati a dicembre 2015. Tali dati portano invece l'Italia al 13° posto in termini di incidenza HIV tra le nazioni europee, registrando un lieve calo delle diagnosi di HIV e di casi di Aids;

nel notiziario dell'ISS citato si legge che, dall'inizio dell'epidemia, nel 1982, a oggi sono stati segnalati oltre 68.000 casi di AIDS, di cui oltre 43.000 deceduti. Nel 2015 sono stati diagnosticati 789 nuovi casi di AIDS pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti;

le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2015 sono maschi nel 77,4 per cento dei casi. L'età mediana era di 39 anni per i maschi e 36 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata nella fascia d'età 25-29 anni (15,4 nuovi casi ogni 100.000 residenti). Nel 2015 la maggioranza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è attribuibile a rapporti sessuali non protetti, che costituiscono l'85,5 per cento di tutte le segnalazioni: eterosessuali 44,9 per cento, MSM (*men who have sex with men*) 40,6 per cento;

nel 2015, il 28,8 per cento delle persone diagnosticate come HIV positive era di nazionalità straniera. Nello stesso anno l'incidenza è stata di 4,3 nuovi casi ogni 100.000 tra italiani residenti e di 18,9 nuovi casi ogni 100.000 tra stranieri residenti. Le incidenze più elevate tra stranieri sono state osservate in Abruzzo, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna;

nel 2015, il 36,6 per cento delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/?L e il 54,5 per cento con un numero inferiore a 350 cell/?L. In Piemonte e nella Provincia autonoma di Trento l'esecuzione del *test* di avidità anticorpale, che permette con una buona approssimazione di identificare le infezioni recenti, ha evidenziato che nel 2015 il 17,3 per cento delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva verosimilmente acquisito l'infezione nei 6 mesi precedenti la prima diagnosi di HIV positività;

nel 2015, il 32,4 per cento delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva eseguito il *test* HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 27,6 per cento in seguito a un comportamento a rischio non specificato;

considerato che:

la recente indagine condotta da Doxa per il Cesvi, ha rilevato che in Italia sono soprattutto i giovani a sottovalutare i rischi della malattia: 1 su 3 pensa che esiste, ma è tenuta sotto controllo e non fa quasi più vittime, 1 giovane su 5 è a rischio, perché non ne ha sentito parlare a scuola e solo raramente sui *media*. Solo il 35 per cento dei ragazzi e ragazze in Italia, nonostante sappiano perfettamente che la via di trasmissione principale è quella sessuale, usa abitualmente il preservativo nelle proprie relazioni e solo il 29 per cento dichiara di aver fatto il *test* dell'HIV. Le giovani donne si espongono maggiormente al rischio, sentendosi protette da una relazione stabile;

i dati suddetti sono soprattutto la diretta conseguenza della mancanza di qualsiasi forma di educazione alla sessualità nelle scuole, ed in particolare del tabù che continua a limitare l'uso del preservativo. La scuola è invece il luogo privilegiato per attuare un metodo partecipativo, che consenta di raggiungere obiettivi comportamentali che siano determinanti nel prevenire e conservare la salute. Nelle scuole e nelle università si registra, di contro, la totale mancanza di distributori di preservativi; acquistarli risulta poi ancora troppo caro per un'ampia fascia di cittadini. Il preservativo maschile e femminile, unico metodo per prevenire tutte le malattie a trasmissione sessuale ed insieme le gravidanze non desiderate, è un presidio sanitario; per tale ragione deve esserne garantita l'accessibilità a tutti; elencare i preservativi tra i farmaci prescrivibili, effettuare campagne nelle scuole e per il pubblico generalista, inserire l'educazione alla sessualità (utile anche contro la discriminazione di genere e per l'orientamento sessuale), sono la base minima per una politica seria per la salute della popolazione relativa alle malattie sessualmente trasmissibili. Quanto al mondo lavorativo, poi, l'infezione da HIV non è tuttora considerata una normale patologia cronica appartenente alla categoria delle malattie sessualmente trasmissibili. Anche in questo campo, a causa della disinformazione, questa malattia provoca un processo di stigmatizzazione e discriminazione: licenziamenti, trasferimenti e cambi di mansioni del tutto illegittimi e immotivati;

la riduzione degli ostacoli per l'accesso al *test* per l'HIV e la conseguente diagnosi precoce rappresentano l'unica possibilità per offrire adegua-

te cure al sieropositivo, tant'è che in data 22 novembre 2012, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato stipulato "l'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle regioni e province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012", che prevede l'erogazione alle regioni di fondi funzionalizzati alla realizzazione di progetti finalizzati alla prevenzione e al contrasto della diffusione dell'HIV (linea progettuale 3: diagnosi di infezione da HIV) con una dotazione di 15 milioni di euro;

un'analisi condotta di recente da cittadini ("Cittadinanza attiva" e "LILA") ha evidenziato molte incongruenze tra i progetti presentati dalle regioni sulla «linea progettuale 3: diagnosi di infezione da HIV» e gli obiettivi definiti dall'accordo citato, tant'è che gli stessi hanno sollecitato gli organi preposti, affinché vigilino sul corretto utilizzo dei fondi dedicati;

numerosi nuovi casi di sieropositività potrebbero essere facilmente scongiurati, attraverso l'informazione e i comportamenti corretti: attività di prevenzione fondamentale, con programmi di educazione sanitaria della popolazione, rivolti ai giovani in particolare, garantiti nel tempo e costanti nella loro applicazione,

impegna il Governo:

1) ad ottemperare puntualmente all'impegno di cui all'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135, quindi a riferire annualmente al Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV, tenuto conto che l'ultima relazione è stata quella per l'anno 2015, inviata al Parlamento il 16 novembre 2016;

2) ad assumere iniziative volte a garantire il corretto svolgimento dei compiti del Comitato tecnico sanitario operante presso il Ministero della salute, al quale sono state trasferite le funzioni della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e della Consulta delle associazioni per la lotta contro l'AIDS;

3) a valutare l'opportunità di assumere iniziative per ridurre l'Iva sui profilattici, compatibilmente con i vigenti vincoli di bilancio;

4) ad attivare iniziative di informazione e prevenzione continuative utili alla diffusione dell'uso del profilattico nei rapporti sessuali e a rendere noto il suo costo nonché la sua effettiva disponibilità nei luoghi maggiormente frequentati soprattutto dai giovani;

5) a valutare l'opportunità di adottare iniziative, anche alla luce del Protocollo di intesa 2 aprile 2015 con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, per prevedere la distribuzione possibilmente gratuita, in particolare nelle scuole e nelle università, del profilattico in quanto presidio sanitario, anche tramite appositi distributori automatici;

6) a valutare l'opportunità di adottare, anche alla luce del Protocollo di intesa 2 aprile 2015 con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, in raccordo con tutte le altre amministrazioni competenti, iniziative permanenti di informazione e prevenzione relative all'igiene sessuale nelle scuole e nei luoghi di maggior aggregazione, così come avviene da anni in tutti gli altri Paesi europei;

7) ad elaborare apposite linee guida in materia di educazione alla parità tra i sessi, prevenzione della violenza di genere e di tutte le discriminazioni affinché le scuole di ogni ordine e grado, nella loro piena autonomia nella redazione dei piani triennali dell'offerta formativa, e tenuto conto del ruolo delle famiglie negli organi collegiali, possano promuovere il superamento di ogni pregiudizio a partire da quello sull'orientamento sessuale capace di motivare la violenza e la discriminazione;

8) a valutare l'opportunità, per quanto di competenza del Ministero della salute, di promuovere una revisione dei criteri cui riconnettere il trattamento pensionistico assistenziale in favore dei soggetti affetti da immunodeficienza, considerando, oltre all'attuale criterio tabellare basato sul numero di linfociti CD4 presenti nel sangue, ulteriori parametri obiettivi da stabilire congiuntamente alle associazioni e agli esperti del settore, compatibilmente con i vigenti vincoli di bilancio;

9) a ottemperare all'impegno verso le istituzioni internazionali UNAIDS e ECDC per la stesura del rapporto sullo stato dell'epidemia e sulle azioni per contrastarla (*country progress reports*);

10) a valutare il corretto utilizzo dei fondi erogati alle regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, così come da accordo del 22 novembre 2012 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

11) a garantire sull'intero territorio nazionale quanto previsto dalla legge n. 135 del 1990 in merito all'anonimato del *test* HIV, al fine di tutelare integralmente la riservatezza delle persone sieropositive.

(1-00741) (14 marzo 2017)

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

V. testo 2

Il Senato,

premesso che:

nel mondo ci sono 36,7 milioni di persone affette dal virus dell'HIV, ma solo metà di loro risulta essere sottoposta ad una terapia antiretrovirale;

per quanto attiene al solo 2016, sono stati diagnosticati oltre 2 milioni di nuovi casi, stando ai numeri diffusi da Unaid, il programma lanciato dalle Nazioni Unite per contrastare la diffusione dell'epidemia;

il 2015 è stato un anno *record* per la diffusione del virus nel continente europeo, con 153.407 casi rispetto ai 142.000 dell'anno precedente e, in riferimento alla sola Italia, le nuove diagnosi di infezione HIV nel medesimo anno sono state più di 3.000; in particolare, nel 2015, il nostro Paese si conferma al tredicesimo posto in Europa per le nuove diagnosi di HIV, per un ammontare pari a 3.444 casi, in lieve calo rispetto agli anni precedenti (erano 4.183 nel 2012, 3.845 nel 2013 e 3.850 nel 2014);

c'è stato un importante cambiamento nelle percentuali relative alle modalità di trasmissione. A differenza del passato, infatti, l'AIDS è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale (MST). Prima, invece, sia in Italia che in Europa, l'HIV si trasmetteva prevalentemente mediante lo scambio di siringhe infette tra chi faceva uso di sostanze stupefacenti iniettabili. Attualmente, la modalità principale di trasmissione è quella sessuale, in particolare quella eterosessuale. Le notifiche di infezione di HIV associate a trasmissione sessuale sono passate dall'8,0 per cento del 1985 all'85,5 per cento del 2015;

le modalità di infezione da HIV sono, in parte, le medesime che determinano il contagio da epatite C, patologia che vede nell'Italia il Paese europeo per diffusione del virus, specialmente nell'area meridionale della penisola, che risulta essere la zona maggiormente colpita;

è un dato ormai sempre maggiormente confermato quello che riguarda la scoperta tardiva del proprio stato di sieropositività. Ancora troppe persone in Italia, infatti, scoprono di aver contratto l'HIV quando compaiono i primi sintomi dell'AIDS. Questo fenomeno è indice di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale, oltre che tra gli stranieri. Si stima infatti che un quarto delle persone HIV positive, in Italia, ignori il proprio stato di sieropositività. È importante invece riconoscere precocemente l'avvenuta infezione da HIV, da un lato per intraprendere la terapia farmacologica antiretrovirale atta a rallentare la progressione del virus e, dall'altro, per assumere comportamenti consapevoli verso il prossimo;

vi è un forte aumento degli stranieri sieropositivi o affetti da AIDS. La popolazione immigrata straniera in Italia è andata fortemente crescendo negli ultimi anni e spesso proviene da Paesi ad alta endemia. Circa un 29 per cento delle nuove diagnosi di infezione da HIV riguarda persone di cittadinanza straniera;

considerato che:

l'ignoranza e la sottovalutazione del rischio sono i fattori principali che determinano il dilagare del virus dell'HIV, anche per l'errata convinzione che in Occidente sia un flagello ormai debellato e relegato ai Paesi più poveri. Sono, infatti, deceduti oltre 40.000 italiani per AIDS. Sebbene l'epidemia si sia depotenziata a metà anni '90, il ventennio trascorso senza più paura ha però fatto dimenticare che l'HIV continua a diffondersi, il che ha

comportato un ridimensionamento, sia sotto il profilo quantitativo, che sotto quello qualitativo, delle campagne di comunicazione e di prevenzione che rivestono, invece, un tassello fondamentale specialmente nei confronti della fascia di popolazione più giovane;

prevenzione e trattamento permetterebbero di abbattere anche la spesa dello Stato appesantita dal costo altissimo dei farmaci antiretrovirali, fra i più cari per la sanità pubblica. Ogni diagnosi salva una vita, ma comporta in media 40 anni di terapie;

la prevenzione è fondamentale, anche perché la circostanza che vede la malattia diagnosticata solamente una volta in stato avanzato determina la circolazione di persone infette che possono aver trasmesso l'HIV in modo inconsapevole, accrescendo così il numero totale dei contagiati;

si registra, in Italia, una aumentata sopravvivenza dei sieropositivi e dei malati di AIDS, grazie alla terapia antiretrovirale ad alta efficacia, che ritarda sensibilmente la comparsa di sintomi, allunga anche di molto la sopravvivenza e, soprattutto, migliora la qualità della vita dei pazienti con AIDS conclamato;

è ampiamente riconosciuto come la prevenzione, laddove intelligentemente attuata, funzioni. Infatti, dal 1994 non si registrano nuovi casi, né tra gli emofilici, né tra i trasfusi e sono in netto calo i nuovi casi di HIV pediatrico. Ciò è il frutto, da un lato, del controllo costante della provenienza del sangue: selezione ed educazione dei donatori ad una maggior consapevolezza e controllo di laboratorio di ogni singola sacca; dall'altro, è l'effetto dell'applicazione delle linee guida, che prevedono l'effettuazione del *test* HIV in gravidanza ed il trattamento antiretrovirale nelle donne gravide risultate positive;

sono profondamente cambiate le percentuali di modalità di trasmissione e, rappresentando quella sessuale la più rilevante, un'opera di informazione e sensibilizzazione concreta e capillare, soprattutto verso le categorie in questo senso più a rischio, come giovani e stranieri, potrebbe dare in breve tempo risultati importanti e, al contempo, contribuire a ridurre il numero dei nuovi contagi;

vi è, infine, ancora un grave problema di discriminazione nei confronti degli affetti da HIV o AIDS. Secondo uno studio dell'università di Bologna, il 32 per cento delle persone con HIV è stato vittima di episodi discriminatori; il 40 per cento non lo rivela ai familiari; il 74 per cento non lo dice a lavoro, ma ad inquietare è che il 5 per cento lo nasconde al proprio *partner*;

per quanto attiene invece al contrasto all'epatite C, il Governo prevede di arruolare a trattamento 80.000 pazienti all'anno, che si sommerebbero a quelli già in carico ai saturi centri prescrittori, implementando giustamente i criteri di eleggibilità, nell'ambito di un programma di eradicazione della malattia;

considerato altresì che:

la velocità di arruolamento a trattamento degli affetti dal virus HCV sta subendo un rallentamento imputabile, secondo i clinici e le società scientifiche, al sovraccarico di pazienti ed alla farraginosità delle pratiche prescrittive;

al 6 marzo 2017, cioè in poco più di due anni di attività, sono stati avviati 69.469 trattamenti su pazienti infetti da HCV, limitati a soli 7 criteri di eleggibilità, da parte dei centri prescrittori autorizzati dalle Regioni e che, per far fronte all'infezione da HIV per un numero di pazienti decisamente inferiore, furono previsti una serie di interventi atti a mettere in campo uomini e mezzi, a potenziamento della rete infettivologica nazionale, con l'approvazione della legge 5 giugno 1990, n. 135,

impegna il Governo:

1) a prevedere capillari interventi di prevenzione, incluse campagne informative riguardanti le modalità di trasmissione;

2) ad attuare con la massima sollecitudine il nuovo piano nazionale d'intervento contro l'AIDS, in via di approvazione da parte Consiglio superiore di sanità;

3) ad incentivare la diffusione dei *test* atti a diagnosticare i virus dell'HIV e dell'HCV;

4) a potenziare il sistema assistenziale e prescrittivo finalizzato al buon esito del programma di eradicazione di HCV, almeno in quelle regioni a maggiore prevalenza di malattia, con maggior *deficit* di strutture e di personale qualificato con provvedimento specifico;

5) ad inserire la lotta all'HIV-AIDS, all'HCV e alle altre malattie sessualmente trasmissibili nei programmi di studio scolastici.

(1-00741) (testo 2) (14 marzo 2017)

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

Approvata

Il Senato,

premesso che:

nel mondo ci sono 36,7 milioni di persone affette dal virus dell'HIV, ma solo metà di loro risulta essere sottoposta ad una terapia antiretrovirale;

per quanto attiene al solo 2016, sono stati diagnosticati oltre 2 milioni di nuovi casi, stando ai numeri diffusi da Unaid, il programma lanciato dalle Nazioni Unite per contrastare la diffusione dell'epidemia;

il 2015 è stato un anno *record* per la diffusione del virus nel continente europeo, con 153.407 casi rispetto ai 142.000 dell'anno precedente e, in riferimento alla sola Italia, le nuove diagnosi di infezione HIV nel mede-

simo anno sono state più di 3.000; in particolare, nel 2015, il nostro Paese si conferma al tredicesimo posto in Europa per le nuove diagnosi di HIV, per un ammontare pari a 3.444 casi, in lieve calo rispetto agli anni precedenti (erano 4.183 nel 2012, 3.845 nel 2013 e 3.850 nel 2014);

c'è stato un importante cambiamento nelle percentuali relative alle modalità di trasmissione. A differenza del passato, infatti, l'AIDS è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale (MST). Prima, invece, sia in Italia che in Europa, l'HIV si trasmetteva prevalentemente mediante lo scambio di siringhe infette tra chi faceva uso di sostanze stupefacenti iniettabili. Attualmente, la modalità principale di trasmissione è quella sessuale, in particolare quella eterosessuale. Le notifiche di infezione di HIV associate a trasmissione sessuale sono passate dall'8,0 per cento del 1985 all'85,5 per cento del 2015;

le modalità di infezione da HIV sono, in parte, le medesime che determinano il contagio da epatite C, patologia che vede nell'Italia il Paese europeo per diffusione del virus, specialmente nell'area meridionale della penisola, che risulta essere la zona maggiormente colpita;

è un dato ormai sempre maggiormente confermato quello che riguarda la scoperta tardiva del proprio stato di sieropositività. Ancora troppe persone in Italia, infatti, scoprono di aver contratto l'HIV quando compaiono i primi sintomi dell'AIDS. Questo fenomeno è indice di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale, oltre che tra gli stranieri. Si stima infatti che un quarto delle persone HIV positive, in Italia, ignori il proprio stato di sieropositività. È importante invece riconoscere precocemente l'avvenuta infezione da HIV, da un lato per intraprendere la terapia farmacologica antiretrovirale atta a rallentare la progressione del virus e, dall'altro, per assumere comportamenti consapevoli verso il prossimo;

vi è un forte aumento degli stranieri sieropositivi o affetti da AIDS. La popolazione immigrata straniera in Italia è andata fortemente crescendo negli ultimi anni e spesso proviene da Paesi ad alta endemia. Circa un 29 per cento delle nuove diagnosi di infezione da HIV riguarda persone di cittadinanza straniera;

considerato che:

l'ignoranza e la sottovalutazione del rischio sono i fattori principali che determinano il dilagare del virus dell'HIV, anche per l'errata convinzione che in Occidente sia un flagello ormai debellato e relegato ai Paesi più poveri. Sono, infatti, deceduti oltre 40.000 italiani per AIDS. Sebbene l'epidemia si sia depotenziata a metà anni '90, il ventennio trascorso senza più paura ha però fatto dimenticare che l'HIV continua a diffondersi, il che ha comportato un ridimensionamento, sia sotto il profilo quantitativo, che sotto quello qualitativo, delle campagne di comunicazione e di prevenzione che rivestono, invece, un tassello fondamentale specialmente nei confronti della fascia di popolazione più giovane;

prevenzione e trattamento permetterebbero di abbattere anche la spesa dello Stato appesantita dal costo altissimo dei farmaci antiretrovirali, fra i

più cari per la sanità pubblica. Ogni diagnosi salva una vita, ma comporta in media 40 anni di terapie;

la prevenzione è fondamentale, anche perché la circostanza che vede la malattia diagnosticata solamente una volta in stato avanzato determina la circolazione di persone infette che possono aver trasmesso l'HIV in modo inconsapevole, accrescendo così il numero totale dei contagiati;

si registra, in Italia, una aumentata sopravvivenza dei sieropositivi e dei malati di AIDS, grazie alla terapia antiretrovirale ad alta efficacia, che ritarda sensibilmente la comparsa di sintomi, allunga anche di molto la sopravvivenza e, soprattutto, migliora la qualità della vita dei pazienti con AIDS conclamato;

è ampiamente riconosciuto come la prevenzione, laddove intelligentemente attuata, funzioni. Infatti, dal 1994 non si registrano nuovi casi, né tra gli emofilici, né tra i trasfusi e sono in netto calo i nuovi casi di HIV pediatrico. Ciò è il frutto, da un lato, del controllo costante della provenienza del sangue: selezione ed educazione dei donatori ad una maggior consapevolezza e controllo di laboratorio di ogni singola sacca; dall'altro, è l'effetto dell'applicazione delle linee guida, che prevedono l'effettuazione del *test* HIV in gravidanza ed il trattamento antiretrovirale nelle donne gravide risultate positive;

sono profondamente cambiate le percentuali di modalità di trasmissione e, rappresentando quella sessuale la più rilevante, un'opera di informazione e sensibilizzazione concreta e capillare, soprattutto verso le categorie in questo senso più a rischio, come giovani e stranieri, potrebbe dare in breve tempo risultati importanti e, al contempo, contribuire a ridurre il numero dei nuovi contagi;

vi è, infine, ancora un grave problema di discriminazione nei confronti degli affetti da HIV o AIDS. Secondo uno studio dell'università di Bologna, il 32 per cento delle persone con HIV è stato vittima di episodi discriminatori; il 40 per cento non lo rivela ai familiari; il 74 per cento non lo dice a lavoro, ma ad inquietare è che il 5 per cento lo nasconde al proprio *partner*;

per quanto attiene invece al contrasto all'epatite C, il Governo prevede di arruolare a trattamento 80.000 pazienti all'anno, che si sommerebbero a quelli già in carico ai saturi centri prescrittori, implementando giustamente i criteri di eleggibilità, nell'ambito di un programma di eradicazione della malattia;

considerato altresì che:

la velocità di arruolamento a trattamento degli affetti dal virus HCV sta subendo un rallentamento imputabile, secondo i clinici e le società scientifiche, al sovraccarico di pazienti ed alla farraginosità delle pratiche prescrittive;

al 6 marzo 2017, cioè in poco più di due anni di attività, sono stati avviati 69.469 trattamenti su pazienti infetti da HCV, limitati a soli 7 criteri

di eleggibilità, da parte dei centri prescrittori autorizzati dalle Regioni e che, per far fronte all'infezione da HIV per un numero di pazienti decisamente inferiore, furono previsti una serie di interventi atti a mettere in campo uomini e mezzi, a potenziamento della rete infettivologica nazionale, con l'approvazione della legge 5 giugno 1990, n. 135,

impegna il Governo:

1) a prevedere capillari interventi di prevenzione, incluse campagne informative riguardanti le modalità di trasmissione;

2) ad attuare con la massima sollecitudine il nuovo piano nazionale d'intervento contro l'AIDS, in via di approvazione da parte Consiglio superiore di sanità;

3) ad incentivare la diffusione dei *test* atti a diagnosticare i virus dell'HIV e dell'HCV;

4) a potenziare il sistema ambulatoriale finalizzato al buon esito del programma di eradicazione di HCV, almeno in quelle regioni a maggiore prevalenza di malattia, con maggior *deficit* di strutture e di personale qualificato con provvedimento specifico;

5) ad inserire la lotta all'HIV-AIDS, all'HCV e alle altre malattie sessualmente trasmissibili nei programmi di studio scolastici.

ORDINE DEL GIORNO

G1

CONSIGLIO, CENTINAIO, ARRIGONI, CALDEROLI, CANDIANI, COMAROLI, CROSIO, DIVINA, STEFANI, STUCCHI, TOSATO, VOLPI

V. testo 2

Il Senato,

premessi che:

dai dati raccolti dall'Istituto superiore di sanità emerge che, nel 2015, sono state segnalate 3.444 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti. Questa incidenza pone l'Italia al tredicesimo posto tra le nazioni dell'Unione europea. Le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, la Lombardia, la Liguria e l'Emilia-Romagna. Le persone che hanno scoperto di avere l'HIV nel 2015 erano maschi nel 77,4 per cento dei casi. L'età mediana era di 39 anni per i maschi e di 36 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 25-29 anni (15,4 nuovi casi ogni 100.000 residenti);

si osserva un aumento dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine nel 1985 a, rispettivamente, 39 e 36 anni nel 2015 (sono escluse le persone di età inferiore ai 15 anni). La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11 per cento nel 1992 a un massimo di 32,9 per

cento nel 2006; nel 2015 è stata del 28,8 per cento con un numero assoluto di casi pari a 991;

i casi di AIDS, secondo gli ultimi dati disponibili, registrati in Italia nel 2015 sono stati circa 789, pari a un'incidenza di 1,4 per 100.000 residenti, e i casi di prevalenza ammontano a 23.385 nel 2013;

analizzando l'andamento temporale delle notifiche di AIDS si è passati da un caso del 1982 (il primo noto in Italia) ai 5.653 del 1995, con un crescita che è stata costante fino alla metà degli anni novanta. Dal 1996 si è assistito ad una riduzione dei nuovi casi, dapprima molto rapida e dal 2001 meno marcata (figura 2). Rapportando i nuovi casi sulla popolazione residente (tassi di incidenza) le regioni più colpite nel 2010 sono state nell'ordine: Toscana, Lazio, Liguria, Lombardia ed Emilia-Romagna, con un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia essendo meno colpite le regioni meridionali e insulari;

nel biennio 2012-2013 si stima che in Italia i decessi annuali con AIDS sono circa 645 (ultimi dati disponibili); complessivamente nel periodo 1983-2013 i decessi sono stati oltre 43.000 con un andamento temporale simile a quello dei nuovi casi, ma il decremento dalla seconda metà degli anni Novanta è stato molto più marcato per merito dell'introduzione della terapia antiretrovirale. Si è così passati dai primissimi decessi del 1983 ai 4.582 del 1995 con una crescita costante, dopo di che si è avuta una forte diminuzione fino ai valori attuali;

il calo dei nuovi casi e dei decessi non è l'unico fenomeno che si è registrato nell'ultimo decennio. Vi sono stati numerosi altri cambiamenti che si sono potuti osservare grazie all'esistenza di sistemi di sorveglianza nazionali, regionali e provinciali dell'infezione da HIV (cioè dello stato di sieropositività) che si affiancano a quelli della malattia conclamata (AIDS). Tramite questi sistemi di monitoraggio epidemiologico, che operano con procedure rispettose della *privacy*, è stato possibile riconoscere con tempestività i cambiamenti che si sono verificati negli ultimi anni nelle caratteristiche di diffusione dell'HIV e la maggior durata dello stato di infezione pre-AIDS in seguito all'introduzione di nuove terapie farmacologiche. A questo proposito il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con decreto in data 31 marzo 2008, ha promosso l'attivazione del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Sulla scorta di tale decreto varie Regioni stanno organizzando l'attivazione del Sistema regionale di sorveglianza;

L'AIDS è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale (MST). In passato, sia in Italia che in Europa, l'HIV si trasmetteva prevalentemente mediante lo scambio di siringhe infette tra chi faceva uso di droghe iniettabili (come ancora sta avvenendo in molte parti del mondo, ad esempio in Europa Orientale od in Asia). Attualmente però la modalità principale di trasmissione è quella sessuale, in particolare quella eterosessuale. Le notifiche di infezione di HIV associate a trasmissione sessuale sono aumentati dal 8,0 per cento del 1985 al 85,5 per cento del 2015. Questi

cambiamenti impongono il superamento del concetto di categoria a rischio (omosessuali, tossicodipendenti, eccetera), è necessario pertanto ragionare in termini di comportamenti a rischio, cioè rapporti sessuali non protetti, elevato numero di *partner*, non conoscenza dello stato di eventuale sieropositività del *partner*, scambio di siringhe. Si assiste inoltre ad un cambiamento delle modalità di trasmissione. Lo stesso fenomeno si registra anche dall'analisi dei casi conclamati di AIDS: prima del 2000 il 61,4 per cento era dovuto a scambio di siringhe mentre la trasmissione sessuale (etero, omo e bisessuale) interessava il 35,8 per cento, nel biennio 2014-2015 questi valori sono rispettivamente del 11,3 per cento e del 79,8 per cento;

ciò si verifica sia in seguito ai cambiamenti nei comportamenti individuali sia per effetto della terapia farmacologica che ritarda, anche di molto, la progressione dell'HIV. Si è così passati da un'età mediana alla diagnosi di AIDS di 34 anni negli uomini e di 32 anni nelle donne nel 1995 a rispettivamente 45 e 43 anni nel 2015. Si preferisce utilizzare l'età mediana a quella media quando vi sono intervalli di valori piuttosto ampi;

la popolazione immigrata straniera è andata fortemente crescendo negli ultimi anni in Italia e spesso è di provenienza da Paesi ad alta endemia (cioè dove è alta la diffusione del virus). Circa un 29 per cento delle nuove diagnosi di infezione da HIV riguarda persone di cittadinanza straniera. Negli stranieri non vi sono forti differenze di genere (nel 2015 il 58,6 per cento erano uomini e 41,4 per cento donne), l'età mediana è più bassa rispetto a quella degli italiani e la modalità di trasmissione più importante è quella per via eterosessuale;

ciò è l'effetto della terapia antiretrovirale ad alta efficacia che ritarda sensibilmente la comparsa di sintomi, allunga anche di molto la sopravvivenza e soprattutto migliora la qualità di vita dei pazienti con AIDS conclamato. Un altro dato interessante è che oltre il 79,9 per cento dei casi di AIDS diagnosticati nel 2015 non ha fatto terapia antiretrovirale prima della diagnosi;

ancora troppe persone in Italia scoprono di aver contratto l'HIV quando compaiono i primi sintomi dell'AIDS: nel 2015 il 74,5 per cento delle persone a cui è stata fatta diagnosi di AIDS ha fatto il primo test di HIV prima di 6 mesi. È quello che i tecnici chiamano ritardo di diagnosi. Questo fenomeno è segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale e fra gli stranieri. Si stima infatti che un quarto delle persone HIV positive, in Italia, non conosca il proprio stato di sieropositività. È importante invece riconoscere precocemente l'avvenuta infezione da HIV, da un lato per intraprendere la terapia farmacologica antiretrovirale che rallenterà fortemente la progressione del virus e dall'altro per assumere comportamenti consapevoli verso il prossimo. Questi vanno sempre attuati indipendentemente dal conoscere o meno il proprio stato di sieropositività. Il ritardo di diagnosi è più frequente in chi ha contratto l'infezione per via sessuale (in particolare quella eterosessuale). La diagnosi precoce permette inoltre non solo di avviare prima la terapia farmacologica ma anche e so-

prattutto di modularla sulla singola persona riducendone gli effetti collaterali;

dal 1994 non si registrano nuovi casi sia tra gli emofilici che tra i trasfusi e sono in netto calo i nuovi casi di HIV pediatrico (negli ultimi anni poche unità all'anno). Ciò è il frutto, da un lato del controllo costante della provenienza del sangue: selezione ed educazione dei donatori ad una maggior consapevolezza e controllo di laboratorio di ogni singola sacca; dall'altro è l'effetto dell'applicazione delle linee guida che prevedono l'effettuazione del test HIV in gravidanza ed il trattamento antiretrovirale nelle donne gravide risultate positive. Sebbene questa pratica dovrebbe essere assicurata a tutte le donne gravide, a livello mondiale purtroppo solo una bassa percentuale delle donne incinte può effettuare questo test. Senza varcare i confini del nostro Paese, molti obiettivi rimangono ancora da perseguire soprattutto in ambito educativo: non è ancora soddisfacente la conoscenza dell'HIV, di come si trasmette e di come si prevenga il contagio. Troppe persone, soprattutto giovani, non conoscono l'uso corretto dei sistemi di protezione durante i rapporti sessuali (ad esempio il preservativo) o non ne accettano *a priori* l'uso pur avendo comportamenti fortemente a rischio,

impegna il Governo:

a dare piena attuazione al nuovo piano nazionale contro l'AIDS permettendo di adeguare la lotta alla malattia al nuovo contesto storico e sociale in cui si inserisce, prevedendo la messa a punto e la realizzazione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni; la facilitazione all'accesso al test per far emergere il sommerso; garantire a tutti l'accesso alle cure; favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento; migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone che vivono con HIV e AIDS; coordinare i piani di intervento sul territorio nazionale; tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone che vivono con HIV e AIDS; promuovere la lotta allo stigma; promuovere l'informazione e il coinvolgimento attivo delle popolazioni a rischio;

a promuovere, all'interno delle scuole, a partire dall'ultimo anno delle medie, la cultura e la conoscenza delle patologie parenterali, portando all'interno delle strutture figure professionali quali infermieri e medici infettivologi per educare alle buone pratiche e alla prevenzione;

a promuovere la pubblicità progresso a scopo divulgativo e informativo, prevedere la distribuzione di opuscoli e cartoline esplicative in ambienti frequentati da giovani e non solo, come in locali da ballo e di divertimento in genere, nonché negli ambulatori dei medici di base e specialisti;

a coinvolgere i medici di base nel prendere contatti con i propri pazienti di giovane età, al fine di dare loro tutte le informazioni necessarie sul tema.

G1 (testo 2)

CONSIGLIO, CENTINAIO, ARRIGONI, CALDEROLI, CANDIANI, COMAROLI, CROSIO, DIVINA, STEFANI, STUCCHI, TOSATO, VOLPI

Approvato

Il Senato,

premessi che:

dai dati raccolti dall'Istituto superiore di sanità emerge che, nel 2015, sono state segnalate 3.444 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti. Questa incidenza pone l'Italia al tredicesimo posto tra le nazioni dell'Unione europea. Le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, la Lombardia, la Liguria e l'Emilia-Romagna. Le persone che hanno scoperto di avere l'HIV nel 2015 erano maschi nel 77,4 per cento dei casi. L'età mediana era di 39 anni per i maschi e di 36 anni per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 25-29 anni (15,4 nuovi casi ogni 100.000 residenti);

si osserva un aumento dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine nel 1985 a, rispettivamente, 39 e 36 anni nel 2015 (sono escluse le persone di età inferiore ai 15 anni). La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11 per cento nel 1992 a un massimo di 32,9 per cento nel 2006; nel 2015 è stata del 28,8 per cento con un numero assoluto di casi pari a 991;

i casi di AIDS, secondo gli ultimi dati disponibili, registrati in Italia nel 2015 sono stati circa 789, pari a un'incidenza di 1,4 per 100.000 residenti, e i casi di prevalenza ammontano a 23.385 nel 2013;

analizzando l'andamento temporale delle notifiche di AIDS si è passati da un caso del 1982 (il primo noto in Italia) ai 5.653 del 1995, con una crescita che è stata costante fino alla metà degli anni novanta. Dal 1996 si è assistito ad una riduzione dei nuovi casi, dapprima molto rapida e dal 2001 meno marcata (figura 2). Rapportando i nuovi casi sulla popolazione residente (tassi di incidenza) le regioni più colpite nel 2010 sono state nell'ordine: Toscana, Lazio, Liguria, Lombardia ed Emilia-Romagna, con un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia essendo meno colpite le regioni meridionali e insulari;

nel biennio 2012-2013 si stima che in Italia i decessi annuali con AIDS sono circa 645 (ultimi dati disponibili); complessivamente nel periodo 1983-2013 i decessi sono stati oltre 43.000 con un andamento temporale simile a quello dei nuovi casi, ma il decremento dalla seconda metà degli anni Novanta è stato molto più marcato per merito dell'introduzione della terapia antiretrovirale. Si è così passati dai primissimi decessi del 1983 ai 4.582 del 1995 con una crescita costante, dopo di che si è avuta una forte diminuzione fino ai valori attuali;

il calo dei nuovi casi e dei decessi non è l'unico fenomeno che si è registrato nell'ultimo decennio. Vi sono stati numerosi altri cambiamenti che

si sono potuti osservare grazie all'esistenza di sistemi di sorveglianza nazionali, regionali e provinciali dell'infezione da HIV (cioè dello stato di sieropositività) che si affiancano a quelli della malattia conclamata (AIDS). Tramite questi sistemi di monitoraggio epidemiologico, che operano con procedure rispettose della *privacy*, è stato possibile riconoscere con tempestività i cambiamenti che si sono verificati negli ultimi anni nelle caratteristiche di diffusione dell'HIV e la maggior durata dello stato di infezione pre-AIDS in seguito all'introduzione di nuove terapie farmacologiche. A questo proposito il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con decreto in data 31 marzo 2008, ha promosso l'attivazione del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Sulla scorta di tale decreto varie Regioni stanno organizzando l'attivazione del Sistema regionale di sorveglianza;

L'AIDS è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale (MST). In passato, sia in Italia che in Europa, l'HIV si trasmetteva prevalentemente mediante lo scambio di siringhe infette tra chi faceva uso di droghe iniettabili (come ancora sta avvenendo in molte parti del mondo, ad esempio in Europa Orientale od in Asia). Attualmente però la modalità principale di trasmissione è quella sessuale, in particolare quella eterosessuale. Le notifiche di infezione di HIV associate a trasmissione sessuale sono aumentati dal 8,0 per cento del 1985 al 85,5 per cento del 2015. Questi cambiamenti impongono il superamento del concetto di categoria a rischio (omosessuali, tossicodipendenti, eccetera), è necessario pertanto ragionare in termini di comportamenti a rischio, cioè rapporti sessuali non protetti, elevato numero di *partner*, non conoscenza dello stato di eventuale sieropositività del *partner*, scambio di siringhe. Si assiste inoltre ad un cambiamento delle modalità di trasmissione. Lo stesso fenomeno si registra anche dall'analisi dei casi conclamati di AIDS: prima del 2000 il 61,4 per cento era dovuto a scambio di siringhe mentre la trasmissione sessuale (etero, omo e bisessuale) interessava il 35,8 per cento, nel biennio 2014-2015 questi valori sono rispettivamente del 11,3 per cento e del 79,8 per cento;

ciò si verifica sia in seguito ai cambiamenti nei comportamenti individuali sia per effetto della terapia farmacologia che ritarda, anche di molto, la progressione dell'HIV. Si è così passati da un'età mediana alla diagnosi di AIDS di 34 anni negli uomini e di 32 anni nelle donne nel 1995 a rispettivamente 45 e 43 anni nel 2015. Si preferisce utilizzare l'età mediana a quella media quando vi sono intervalli di valori piuttosto ampi;

la popolazione immigrata straniera è andata fortemente crescendo negli ultimi anni in Italia e spesso è di provenienza da Paesi ad alta endemia (cioè dove è alta la diffusione del virus). Circa un 29 per cento delle nuove diagnosi di infezione da HIV riguarda persone di cittadinanza straniera. Negli stranieri non vi sono forti differenze di genere (nel 2015 il 58,6 per cento erano uomini e 41,4 per cento donne), l'età mediana è più bassa rispetto a quella degli italiani e la modalità di trasmissione più importante è quella per via eterosessuale;

ciò è l'effetto della terapia antiretrovirale ad alta efficacia che ritarda sensibilmente la comparsa di sintomi, allunga anche di molto la sopravvivenza e soprattutto migliora la qualità di vita dei pazienti con AIDS conclamato. Un altro dato interessante è che oltre il 79,9 per cento dei casi di AIDS diagnosticati nel 2015 non ha fatto terapia antiretrovirale prima della diagnosi;

ancora troppe persone in Italia scoprono di aver contratto l'HIV quando compaiono i primi sintomi dell'AIDS: nel 2015 il 74,5 per cento delle persone a cui è stata fatta diagnosi di AIDS ha fatto il primo test di HIV prima di 6 mesi. È quello che i tecnici chiamano ritardo di diagnosi. Questo fenomeno è segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale e fra gli stranieri. Si stima infatti che un quarto delle persone HIV positive, in Italia, non conosca il proprio stato di sieropositività. È importante invece riconoscere precocemente l'avvenuta infezione da HIV, da un lato per intraprendere la terapia farmacologica antiretrovirale che rallenterà fortemente la progressione del virus e dall'altro per assumere comportamenti consapevoli verso il prossimo. Questi vanno sempre attuati indipendentemente dal conoscere o meno il proprio stato di sieropositività. Il ritardo di diagnosi è più frequente in chi ha contratto l'infezione per via sessuale (in particolare quella eterosessuale). La diagnosi precoce permette inoltre non solo di avviare prima la terapia farmacologica ma anche e soprattutto di modularla sulla singola persona riducendone gli effetti collaterali;

dal 1994 non si registrano nuovi casi sia tra gli emofilici che tra i trasfusi e sono in netto calo i nuovi casi di HIV pediatrico (negli ultimi anni poche unità all'anno). Ciò è il frutto, da un lato del controllo costante della provenienza del sangue: selezione ed educazione dei donatori ad una maggior consapevolezza e controllo di laboratorio di ogni singola sacca; dall'altro è l'effetto dell'applicazione delle linee guida che prevedono l'effettuazione del test HIV in gravidanza ed il trattamento antiretrovirale nelle donne gravide risultate positive. Sebbene questa pratica dovrebbe essere assicurata a tutte le donne gravide, a livello mondiale purtroppo solo una bassa percentuale delle donne incinte può effettuare questo test. Senza varcare i confini del nostro Paese, molti obiettivi rimangono ancora da perseguire soprattutto in ambito educativo: non è ancora soddisfacente la conoscenza dell'HIV, di come si trasmette e di come si prevenga il contagio. Troppe persone, soprattutto giovani, non conoscono l'uso corretto dei sistemi di protezione durante i rapporti sessuali (ad esempio il preservativo) o non ne accettano *a priori* l'uso pur avendo comportamenti fortemente a rischio,

impegna il Governo:

a dare piena attuazione al nuovo piano nazionale contro l'AIDS permettendo di adeguare la lotta alla malattia al nuovo contesto storico e sociale in cui si inserisce, prevedendo la messa a punto e la realizzazione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni; la facilitazione all'accesso al test per far emergere il sommerso; garantire a tutti l'accesso alle cure; favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in

trattamento; migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone che vivono con HIV e AIDS; coordinare i piani di intervento sul territorio nazionale; tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone che vivono con HIV e AIDS; promuovere la lotta allo stigma; promuovere l'informazione e il coinvolgimento attivo delle popolazioni a rischio;

a promuovere nella scuola secondaria di secondo grado percorsi di sensibilizzazione e conoscenza delle patologie parenterali o sessualmente trasmesse, nell'ambito dei piani dell'offerta formativa e nel rispetto dell'autonomia scolastica, anche mediante la presenza di idonee figure professionali;

a promuovere la pubblicità progresso a scopo divulgativo e informativo, prevedere la distribuzione di opuscoli e cartoline esplicative in ambienti frequentati da giovani e non solo, come in locali da ballo e di divertimento in genere, nonché negli ambulatori dei medici di base e specialisti;

a coinvolgere i medici di base nel prendere contatti con i propri pazienti di giovane età, al fine di dare loro tutte le informazioni necessarie sul tema .

Allegato B**Integrazione all'intervento del senatore Romani Maurizio nella discussione delle mozioni 1-00494 (testo 2), 1-00717, 1-00740 e 1-00741**

Si tratta di un'ingiustizia destinata ad amplificarsi. La vittoria di Trump ha avuto come primo effetto, non collaterale, l'impetuosa crescita in borsa non solo della Pfizer ma di tutto il comparto farmaceutico che ha fortemente finanziato la campagna elettorale del futuro presidente, il quale ha più volte dichiarato che si opporrà ad ogni intervento pubblico finalizzato a calmierare il costo dei farmaci. Ed i prezzi definiti negli USA costituiscono la base per la contrattazione in tutto il mondo.

Questo comporterà un aumento significativo dei costi anche nel nostro Paese, dove il costo/anno per una persona varia tra i 7.000 e i 12.000 euro, e non è un caso che alcune regioni abbiano già lanciato l'allarme. Ma da parte del Governo tutto tace, Big Pharma continua ad essere intoccabile.

Nonostante la diminuzione realizzatasi nell'ultimo anno, circa 3.500 persone si sono infettate con il virus HIV in Italia nel 2015. Non siamo di fronte a un destino imm modificabile. Ma in Italia da anni è stata cancellata qualunque campagna di prevenzione. La prevenzione all'Aids non può essere limitata ad un giorno, trasformando il 1° dicembre in un nuovo San Valentino; la prevenzione è una cosa seria da realizzarsi con continuità durante l'anno e non uno strumento per rifare l'immagine a qualche Ministro o assessore. Una prevenzione efficace produce una diminuzione di nuove infezioni, di sofferenze umane e di soldi pubblici. Già questo non sarebbe poco.

Gran parte delle persone che ricevono una diagnosi di AIDS scopre solo in quel momento di essere sieropositiva e quindi di aver convissuto a lungo con il virus senza saperlo, rischiando di trasmetterlo e perdendo anni importanti di cura. Non solo, almeno un quarto delle persone sieropositive in Italia non sa di esserlo. Sarebbe sufficiente rilanciare una campagna per favorire l'accesso al test e per garantire, come prevede la legge, che sia effettivamente gratuito e che sia garantito l'anonimato. Realizzarla non sarebbe né difficile, né dispendioso.

VOTAZIONI QUALIFICATE EFFETTUATE NEL CORSO DELLA SEDUTA

VOTAZIONE		OGGETTO	RISULTATO						ESITO
Num.	Tipo		Pre	Vot	Ast	Fav	Cont	Magg	
<u>1</u>	Nom.	Mozioni su iniziative contro la diffusione dell'AIDS. Mozione 1-00494 (testo 3), Bencini e altri	193	192	000	192	000	097	APPR.
<u>2</u>	Nom.	Mozioni su iniziative contro la diffusione dell'AIDS. Mozione 1-00717 (testo 2), Mandelli e altri	193	192	000	192	000	097	APPR.
<u>3</u>	Nom.	Mozioni su iniziative contro la diffusione dell'AIDS. Mozione 1-00740 (testo 2), Gaetti e altri	192	191	027	163	001	096	APPR.
<u>4</u>	Nom.	Mozioni su iniziative contro la diffusione dell'AIDS. Mozione 1-00741 (testo 2), Barani e altri	193	191	003	188	000	096	APPR.
<u>5</u>	Nom.	Mozioni su iniziative contro la diffusione dell'AIDS. Ordine del giorno G1 (testo 2), Consiglio e altri	196	195	000	195	000	098	APPR.

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

783ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Marzo 2017

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

783ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Marzo 2017

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

783ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Marzo 2017

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

783ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Marzo 2017

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

783ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Marzo 2017

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

783ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Marzo 2017

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

783ª Seduta

ASSEMBLEA - ALLEGATO B

14 Marzo 2017

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

Congedi e missioni

Sono in congedo i senatori: Amati, Anitori, Borioli, Bubbico, Buemi, Cassano, Catalfo, Cattaneo, Chiavaroli, Crosio, Della Vedova, De Poli, Di Maggio, Divina, D'Onghia, Donno, Esposito Stefano, Fabbri, Fattori, Formigoni, Fravezzi, Gentile, Lai, Lanzillotta, Longo Fausto Guilherme, Mari-

no Luigi, Monti, Nencini, Olivero, Piano, Pizzetti, Puglisi, Quagliariello, Rubbia, Saggese, Sangalli, Stefano, Stucchi, Turano, Vicari e Zanoni.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: De Biasi, per attività della 12ª Commissione permanente; Casson, Crimi, Esposito Giuseppe, Marton e Romani Paolo, per attività del Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica; Fazzone, per attività dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati

Ministro lavoro

Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato (2233-B)

(presentato in data 14/03/2017)

S.2233 approvato dal Senato della Repubblica (assorbe S.2229) C.4135 approvato con modificazioni dalla Camera dei deputati (assorbe C.2014, C.3108, C.3120, C.3268, C.3364).

Disegni di legge, annuncio di presentazione

Ministro difesa

Riorganizzazione dei vertici del Ministero della difesa e delle relative strutture. Deleghe al Governo per la revisione del modello operativo delle Forze armate, per la rimodulazione del modello professionale e in materia di personale delle Forze armate, nonché per la riorganizzazione del sistema della formazione (2728)

(presentato in data 10/03/2017);

senatori Fravezzi Vittorio, Zeller Karl, Laniece Albert, Panizza Franco, Longo Fausto Guilherme, Di Giacomo Ulisse

Modifiche alla disciplina sanzionatoria in materia di omicidio stradale e di lesioni personali stradali gravi o gravissime (2729)

(presentato in data 08/03/2017);

senatori Galdani Marcello, Viceconte Guido, Colucci Francesco, Aiello Piero

Disposizioni per favorire il risanamento delle posizioni debitorie dei contribuenti (2730)

(presentato in data 08/03/2017);

senatori Galdani Marcello, Viceconte Guido, Colucci Francesco, Aiello Piero

Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, per la fusione dei Comuni con popolazione inferiore ai diecimila abitanti (2731)

(presentato in data 08/03/2017);

senatrice Fucksia Serenella

Riforma delle professioni intellettuali e tecniche (2732)

(presentato in data 08/03/2017);

senatore Angioni Ignazio

Modifica all'articolo 33 del D.Lgs 26 marzo 2001, n. 151, recante Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, in materia di congedo parentale frazionato (2733)

(presentato in data 08/03/2017);

senatrice Anitori Fabiola

Misure urgenti per il completamento della cartografia geologica d'Italia e della microzonazione sismica su tutto il territorio nazionale (2734)

(presentato in data 09/03/2017);

senatori Molinari Francesco, Vacciano Giuseppe, Romani Maurizio, Bencini Alessandra

Norme in materia di reati militari e modifiche al codice penale militare di pace (2735)

(presentato in data 10/03/2017);

senatori Munerato Emanuela, Bellot Raffaella, Bisinella Patrizia, Fucksia Serenella, De Pietro Cristina, Vacciano Giuseppe, Laniece Albert, Dalla Tor Mario, Cuomo Vincenzo, Romano Lucio, Battista Lorenzo, Pezzopane Stefania, Conte Franco, Mastrangeli Marino Germano, Bertuzzi Maria Teresa, Astorre Bruno

Modifiche al codice penale in materia di truffa ai danni di persone anziane (2736)

(presentato in data 10/03/2017);

senatori Buemi Enrico, Longo Fausto Guilherme

Istituzione di una sezione specializzata delle Corti d'assise per i reati perseguiti dalla Procura antimafia (2737)

(presentato in data 14/03/2017).

Governo, trasmissione di atti per il parere

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 9 marzo 2017, ha trasmesso - per l'acquisizione del parere parlamentare, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 26 novembre 2010 n. 216 - lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante l'ado-

zione della nota metodologica e dei coefficienti di riparto dei fabbisogni *standard* delle province e delle città metropolitane (n. 398).

Ai sensi della predetta disposizione, lo schema di decreto è stato deferito - in data 10 marzo 2017 - dal Presidente della Camera dei deputati, d'intesa con il Presidente del Senato, alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, che esprimerà il parere entro il 25 marzo 2017. Ai sensi della citata disposizione del decreto legislativo n. 216 del 2010 e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, l'atto è altresì deferito alla 5ª Commissione permanente, per l'espressione del parere relativamente alle conseguenze finanziarie, entro il medesimo termine del 25 marzo 2017.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 10 marzo 2017, ha trasmesso - per l'acquisizione del parere parlamentare, ai sensi dell'articolo 49, comma 1-*quinquies*, del testo unico di cui al decreto legislativo 31 luglio 2005, n. 177 - lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri concernente l'affidamento in concessione del servizio pubblico radiofonico, televisivo e multimediale, con l'annesso schema di convenzione (n. 399).

Ai sensi della predetta disposizione, lo schema di decreto è stato deferito - in data 10 marzo 2017 - dal Presidente della Camera dei deputati, d'intesa con il Presidente del Senato, alla Commissione parlamentare per l'indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi, che esprimerà il parere entro il 9 aprile 2017.

Governo, trasmissione di atti

Con lettere in data 3 e 4 marzo 2017 il Ministero dell'interno, in adempimento a quanto previsto dall'articolo 141, comma 6, del decreto legislativo 8 agosto 2000, n. 267, ha comunicato gli estremi dei decreti del Presidente della Repubblica concernenti lo scioglimento dei consigli comunali di Riccione (Rimini), Morciano di Romagna (Rimini), Isole Tremiti (Foggia), Melito di Napoli (Napoli), Vignola (Modena), Bajardo (Imperia).

Governo, trasmissione di atti concernenti procedure d'infrazione

Il Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, con lettera in data 3 marzo 2017, ha inviato - in ottemperanza dell'articolo 15, comma 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234 - le relazioni sulle seguenti procedure di infrazione, avviate ai sensi dell'articolo 258 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea:

procedura d'infrazione n. 2017/0127, concernente il mancato recepimento della direttiva 2015/720/UE del Parlamento europeo e del Consiglio,

del 29 aprile 2015, che modifica la direttiva 94/62/CE per quanto riguarda la riduzione dell'utilizzo di borse di plastica in materiale leggero (n. 161/1);

procedura d'infrazione n. 2017/0130, il mancato recepimento della direttiva 2015/1480 della Commissione, del 28 agosto 2015, che modifica vari allegati delle direttive 2004/107/CE e 2008/50/CE del Parlamento europeo e del Consiglio recanti le disposizioni relative ai metodi di riferimento, alla convalida dei dati e all'ubicazione dei punti di campionamento per la valutazione della qualità dell'aria ambiente (n. 164/1);

procedura d'infrazione n. 2017/0131, concernente il mancato recepimento della direttiva (UE) 2016/774 della Commissione, del 18 maggio 2016, recante modifica dell'allegato II della direttiva 2000/53/CE del Parlamento europeo e del Consiglio relativa ai veicoli fuori uso (n. 165/1).

I predetti documenti sono stati trasmessi, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 13ª e alla 14ª Commissione permanente.

Parlamento europeo, trasmissione di documenti

Il Vice Segretario generale del Parlamento europeo, con lettera in data 9 marzo 2017, ha inviato il testo di sei risoluzioni approvate dal Parlamento stesso nel corso della tornata dal 1° al 2 febbraio 2017:

una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) n. 19/2013 recante attuazione della clausola bilaterale di salvaguardia e del meccanismo di stabilizzazione per le banane previsti dall'accordo commerciale tra l'Unione europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Colombia e il Perù, dall'altra, e che modifica il regolamento (UE) n. 20/2013 recante attuazione della clausola bilaterale di salvaguardia e del meccanismo di stabilizzazione per le banane previsti dall'accordo che istituisce un'associazione tra l'Unione europea e i suoi Stati membri, da una parte, e l'America centrale, dall'altra (*Doc. XII*, n. 1129). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 9ª, alla 10ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alla gestione sostenibile delle flotte da pesca esterne e recante abrogazione del regolamento (CE) n. 1 006/2008 del Consiglio (*Doc. XII*, n. 1130). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 9ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (CE) n. 539/2001 del Consiglio che adotta l'elenco dei paesi terzi i cui cittadini devono essere in possesso del visto all'atto dell'attraversamento delle frontiere esterne e l'elenco dei paesi terzi i cui cittadini sono esenti da tale obbligo (Georgia) (*Doc. XII*,

n. 1131). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 1ª, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione su un approccio integrato alla politica dello sport: buona *governance*, accessibilità e integrità (*Doc.* XII, n. 1132). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 7ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione recante raccomandazioni alla Commissione sugli aspetti transfrontalieri delle adozioni (*Doc.* XII, n. 1133). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 1ª, alla 2ª, alla 3ª e alla 14ª Commissione permanente;

una risoluzione sull'attuazione del regolamento (UE) n. 1288/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 dicembre 2013, che istituisce "Erasmus+": il programma dell'Unione per l'istruzione, la formazione, la gioventù e lo sport e che abroga le decisioni n. 1719/2006/CE, n. 1720/2006/CE e n. 1298/2008/CE (*Doc.* XII, n. 1134). Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 143, comma 1, del Regolamento, alla 3ª, alla 7ª e alla 14ª Commissione permanente.

Interrogazioni, apposizione di nuove firme

I senatori Serra, Montevecchi, Endrizzi, Paglini e Santangelo hanno aggiunto la propria firma all'interrogazione 4-07152 del senatore Cappelletti ed altri.

I senatori Serra, Montevecchi, Endrizzi, Paglini e Santangelo hanno aggiunto la propria firma all'interrogazione 4-07153 del senatore Cappelletti ed altri.

Mozioni

BARANI, MAZZONI, AMORUSO, AURICCHIO, COMPAGNONE, D'ANNA, FALANGA, GAMBARO, IURLARO, LANGELLA, Eva LONGO, MILO, PAGNONCELLI, PICCINELLI, SCAVONE, VERDINI - Il Senato,

premesso che:

nel mondo ci sono 36,7 milioni di persone affette dal virus dell'HIV, ma solo metà di loro risulta essere sottoposta ad una terapia antiretrovirale;

per quanto attiene al solo 2016, sono stati diagnosticati oltre 2 milioni di nuovi casi, stando ai numeri diffusi da Unaid, il programma lanciato dalle Nazioni Unite per contrastare la diffusione dell'epidemia;

il 2015 è stato un anno *record* per la diffusione del virus nel continente europeo, con 153.407 casi rispetto ai 142.000 dell'anno precedente e, in riferimento alla sola Italia, le nuove diagnosi di infezione HIV nel medesimo anno sono state più di 3.000; in particolare, nel 2015, il nostro Paese si conferma al tredicesimo posto in Europa per le nuove diagnosi di HIV, per un ammontare pari a 3.444 casi, in lieve calo rispetto agli anni precedenti (erano 4.183 nel 2012, 3.845 nel 2013 e 3.850 nel 2014);

c'è stato un importante cambiamento nelle percentuali relative alle modalità di trasmissione. A differenza del passato, infatti, l'AIDS è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale (MST). Prima, invece, sia in Italia che in Europa, l'HIV si trasmetteva prevalentemente mediante lo scambio di siringhe infette tra chi faceva uso di sostanze stupefacenti iniettabili. Attualmente, la modalità principale di trasmissione è quella sessuale, in particolare quella eterosessuale. Le notifiche di infezione di HIV associate a trasmissione sessuale sono passate dall'8,0 per cento del 1985 all'85,5 per cento del 2015;

le modalità di infezione da HIV sono, in parte, le medesime che determinano il contagio da epatite C, patologia che vede nell'Italia il Paese europeo per diffusione del virus, specialmente nell'area meridionale della penisola, che risulta essere la zona maggiormente colpita;

è un dato ormai sempre maggiormente confermato quello che riguarda la scoperta tardiva del proprio stato di sieropositività. Ancora troppe persone in Italia, infatti, scoprono di aver contratto l'HIV quando compaiono i primi sintomi dell'AIDS. Questo fenomeno è indice di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale, oltre che tra gli stranieri. Si stima infatti che un quarto delle persone HIV positive, in Italia, ignori il proprio stato di sieropositività. È importante invece riconoscere precocemente l'avvenuta infezione da HIV, da un lato per intraprendere la terapia farmacologica antiretrovirale atta a rallentare la progressione del virus e, dall'altro, per assumere comportamenti consapevoli verso il prossimo;

vi è un forte aumento degli stranieri sieropositivi o affetti da AIDS. La popolazione immigrata straniera in Italia è andata fortemente crescendo negli ultimi anni e spesso proviene da Paesi ad alta endemia. Circa un 29 per cento delle nuove diagnosi di infezione da HIV riguarda persone di cittadinanza straniera;

considerato che:

l'ignoranza e la sottovalutazione del rischio sono i fattori principali che determinano il dilagare del virus dell'HIV, anche per l'errata convinzione che in Occidente sia un flagello ormai debellato e relegato ai Paesi più poveri. Sono, infatti, deceduti oltre 40.000 italiani per AIDS. Sebbene l'epidemia si sia depotenziata a metà anni '90, il ventennio trascorso senza più paura ha però fatto dimenticare che l'HIV continua a diffondersi, il che ha

comportato un ridimensionamento, sia sotto il profilo quantitativo, che sotto quello qualitativo, delle campagne di comunicazione e di prevenzione che rivestono, invece, un tassello fondamentale specialmente nei confronti della fascia di popolazione più giovane;

prevenzione e trattamento permetterebbero di abbattere anche la spesa dello Stato appesantita dal costo altissimo dei farmaci antiretrovirali, fra i più cari per la sanità pubblica. Ogni diagnosi salva una vita, ma comporta in media 40 anni di terapie;

la prevenzione è fondamentale, anche perché la circostanza che vede la malattia diagnosticata solamente una volta in stato avanzato determina la circolazione di persone infette che possono aver trasmesso l'HIV in modo inconsapevole, accrescendo così il numero totale dei contagiati;

si registra, in Italia, una aumentata sopravvivenza dei sieropositivi e dei malati di AIDS, grazie alla terapia antiretrovirale ad alta efficacia, che ritarda sensibilmente la comparsa di sintomi, allunga anche di molto la sopravvivenza e, soprattutto, migliora la qualità della vita dei pazienti con AIDS conclamato;

è ampiamente riconosciuto come la prevenzione, laddove intelligentemente attuata, funzioni. Infatti, dal 1994 non si registrano nuovi casi, né tra gli emofilici, né tra i trasfusi e sono in netto calo i nuovi casi di HIV pediatrico. Ciò è il frutto, da un lato, del controllo costante della provenienza del sangue: selezione ed educazione dei donatori ad una maggior consapevolezza e controllo di laboratorio di ogni singola sacca; dall'altro, è l'effetto dell'applicazione delle linee guida, che prevedono l'effettuazione del *test* HIV in gravidanza ed il trattamento antiretrovirale nelle donne gravide risultate positive;

sono profondamente cambiate le percentuali di modalità di trasmissione e, rappresentando quella sessuale la più rilevante, un'opera di informazione e sensibilizzazione concreta e capillare, soprattutto verso le categorie in questo senso più a rischio, come giovani e stranieri, potrebbe dare in breve tempo risultati importanti e, al contempo, contribuire a ridurre il numero dei nuovi contagi;

vi è, infine, ancora un grave problema di discriminazione nei confronti degli affetti da HIV o AIDS. Secondo uno studio dell'università di Bologna, il 32 per cento delle persone con HIV è stato vittima di episodi discriminatori; il 40 per cento non lo rivela ai familiari; il 74 per cento non lo dice a lavoro, ma ad inquietare è che il 5 per cento lo nasconde al proprio *partner*;

per quanto attiene invece al contrasto all'epatite C, il Governo prevede di arruolare a trattamento 80.000 pazienti all'anno, che si sommerebbero a quelli già in carico ai saturi centri prescrittori, implementando giustamente i criteri di eleggibilità, nell'ambito di un programma di eradicazione della malattia;

considerato altresì che:

la velocità di arruolamento a trattamento degli affetti dal virus HCV sta subendo un rallentamento imputabile, secondo i clinici e le società scientifiche, al sovraccarico di pazienti ed alla farraginosità delle pratiche prescrittive;

al 6 marzo 2017, cioè in poco più di due anni di attività, sono stati avviati 69.469 trattamenti su pazienti infetti da HCV, limitati a soli 7 criteri di eleggibilità, da parte dei centri prescrittori autorizzati dalle Regioni e che, per far fronte all'infezione da HIV per un numero di pazienti decisamente inferiore, furono previsti una serie di interventi atti a mettere in campo uomini e mezzi, a potenziamento della rete infettivologica nazionale, con l'approvazione della legge 5 giugno 1990, n. 135,

impegna il Governo:

1) a prevedere capillari interventi di prevenzione, incluse campagne informative riguardanti le modalità di trasmissione;

2) ad attuare con la massima sollecitudine il nuovo piano nazionale d'intervento contro l'AIDS, in via di approvazione da parte Consiglio superiore di sanità;

3) ad incentivare la diffusione dei *test* atti a diagnosticare i virus dell'HIV e dell'HCV;

4) a potenziare il sistema assistenziale e prescrittivo finalizzato al buon esito del programma di eradicazione di HCV, almeno in quelle regioni a maggiore prevalenza di malattia, con maggior *deficit* di strutture e di personale qualificato con provvedimento specifico;

5) ad inserire la lotta all'HIV-AIDS, all'HCV e alle altre malattie sessualmente trasmissibili nei programmi di studio scolastici.

(1-00741)

CANDIANI, ARRIGONI, CENTINAIO, CALDEROLI, COMAROLI, CONSIGLIO, CROSIO, DIVINA, STEFANI, STUCCHI, TOSATO, VOLPI - Il Senato,

premesso che:

con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 agosto 2016, recante "Individuazione della capacità complessiva di trattamento degli impianti di incenerimento di rifiuti urbani e assimilabili in esercizio o autorizzati a livello nazionale, nonché individuazione del fabbisogno residuo da coprire mediante la realizzazione di impianti di incenerimento con recupero di rifiuti urbani e assimilati", pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale*, Serie generale, n. 233 del 5 ottobre 2016, è stato pubblicato il rapporto preliminare sul piano nazionale degli inceneritori;

il piano è disposto ai sensi dell'articolo 35 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 133, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 2014, n. 164, e, in particolare, dal comma 1, che prevede che, con decreto

adottato dal Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sia individuata la capacità complessiva di trattamento degli impianti di incenerimento di rifiuti urbani e assimilabili in esercizio o autorizzati a livello nazionale, nonché il fabbisogno residuo da coprire mediante la realizzazione di impianti di incenerimento con recupero di rifiuti urbani e assimilati;

gli impianti individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri costituiscono infrastrutture e insediamenti strategici di preminente interesse nazionale e realizzano un sistema integrato di gestione di rifiuti urbani e assimilati, garantendo la sicurezza nazionale nell'autosufficienza del ciclo integrato di gestione dei rifiuti, così come richiesto dall'art. 16 della direttiva 2008/98/CE;

in merito all'individuazione della capacità di ciascuna Regione e alla localizzazione dei nuovi impianti, l'allegato III del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri riporta quanto segue, per quanto riguarda l'Umbria: "Nella regione Umbria non sono presenti impianti di incenerimento operativi; i rifiuti urbani e assimilati sono avviati presso gli impianti di trattamento preliminari che consentono di soddisfare il relativo fabbisogno di trattamento. Inoltre, la regione ha comunicato che l'impianto di Terni risulta smantellato e privo di titolo autorizzativo. La regione non è oggetto di contenziosi o precontenziosi europei, ma si riscontra un ricorso prevalente allo smaltimento in discarica dei rifiuti urbani e assimilati. Per tali motivi, la regione è stata individuata per la realizzazione di un nuovo impianto di incenerimento di capacità pari a 130.000 tonnellate/anno di rifiuti urbani e assimilati tale da soddisfare il relativo fabbisogno residuo";

l'articolo 6 prevede, inoltre, che le Regioni, entro il 30 giugno di ogni anno, possono presentare al Ministero dell'ambiente una richiesta di aggiornamento del fabbisogno residuo regionale di incenerimento dei rifiuti urbani e assimilati individuato in presenza di nuova approvazione di piano regionale di gestione dei rifiuti o dei relativi adeguamenti, o di variazioni che documentino l'attuazione di politiche di prevenzione e di raccolta differenziata, l'esistenza di impianti di riciclo e recupero di materia, l'utilizzo di quantitativi di combustibile solido secondario (CSS) superiori a quelli individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o la stipula di accordi interregionali volti a ottimizzare le infrastrutture di trattamento dei rifiuti urbani e assimilati;

considerato che:

nonostante il piano regionale rifiuti dell'Umbria preveda il possibile ricorso all'incenerimento, la Regione non ha fino ad oggi optato per una simile soluzione, optando invece per la trasformazione del residuo secco in combustibile solido secondario (CSS) da inviare fuori regione;

a Terni vi sono ben due potenti impianti, ACEA e Terni Biomassa, formalmente classificati a cosiddetto recupero energetico che, tuttavia, si

presentano, a tutti gli effetti, come autentici inceneritori di materie erroneamente considerate biomasse, in quanto si tratta di plastiche e altri elementi fortemente ammorbanti, presenti nel *pulper* di cartiera;

tali attività, retaggio di una vieta concezione dell'economia affatto improntata alla circolarità, hanno un impatto negativo sulla salute dei cittadini, dimostrato da anni grazie allo studio "Sentieri", svolto dalla massima istituzione sanitaria nazionale, l'Istituto superiore di sanità;

nel 2015, la ASL 2 ha anche prodotto un rapporto sulla valutazione di alcuni inquinanti atmosferici e ambientali che incidono sulla salute a Terni, stimando in almeno 8 morti all'anno le vittime dovute all'esposizione all'incenerimento;

nel 2016, nella conferenza stampa di presentazione dei dati ambientali, il professor Walter Ganapini, direttore dell'ARPA Umbria, ha rilevato che "L'area vasta Conca Ternana può essere definita sensibile alla luce delle criticità ambientali e sanitarie, e necessita certamente di ulteriori approfondimenti conoscitivi circa tali criticità e le relazioni complesse che tra loro intercorrono, al fine di pervenire ad una aggiornata valutazione ambientale e di esposizione al rischio relativamente a proposte progettuali da cui derivino altri potenziali effetti emissivi, addizionali rispetto a quelli descritti, tali da deteriorare la situazione attuale della Conca";

a inizio 2017, in vista della conferenza dei servizi decisoria sull'AIA della Terni Biomassa, la ASL 2 ha redatto un ulteriore rapporto, valutando l'aggravamento determinato dal *quantum* incrementale emissivo prodotto dall'impianto, nel quadro della condizione generale della conca ternana, notoriamente tutt'altro che felice;

a pochi giorni di distanza dall'ultimo incidente occorso giovedì 2 marzo 2017 presso ACEA, che ha sviluppato una nube tossica sopra la città, la Regione Umbria ha convocato una quarta conferenza dei servizi per la procedura coordinata AIA-VIA, in istruttoria presso la Regione su istanza di ACEA del 2014, volta a modificare e aggiungere al combustibile attuale i rifiuti solidi urbani;

tale possibilità è considerata dai cittadini locali come un gigantesco passo indietro nella gestione ambientale. Come riporta la stampa, la conferenza dei servizi sarebbe fissata per le ore 10 di venerdì 24 marzo a palazzo De Santis, via Plinio il Giovane, Perugia, presso la Direzione regionale dell'ambiente;

oltre a questo sconcertante quadro, a Terni esiste anche uno dei SIN più pericolosi d'Italia, con 655 ettari da sottoporre alle relative bonifiche;

considerato, altresì, che:

secondo il piano regionale della qualità dell'aria, Terni è considerata "area prioritaria di risanamento", senza che tuttavia siano mai stati individuati percorsi specifici per il polo di incenerimento;

putroppo, la contaminazione alimentare determinata dall'ammorbamento industriale è nel frattempo divenuta realtà, visto che il monitoraggio delle diossine, predisposto negli ultimi anni da parte del Ministero della salute, ha condotto alla distruzione di ben 5 allevamenti di uova all'aperto su 20, giacché le concentrazioni di diossine sono state rilevate al di sopra del livello di allarme. Tali allevamenti, stando alle proiezioni ARPA sull'impatto industriale, si trovavano proprio in zona di massima ricaduta del polo di incenerimento e di quello siderurgico (Terni nord-Terni est);

dal 2015, i due impianti presenti nel territorio ternano hanno registrato una serie di incidenti, l'ultimo, appunto, risale a giovedì 2 marzo con emissioni incontrollate sulla città, che incrementano i dubbi anche sulle condizioni manutentive degli impianti;

atteso che:

i giornali riportano notizie su procedimenti giudiziari aperti contro la massima dirigenza di Terni Biomassa Srl, con avvisi di garanzia per numerose violazioni ambientali. L'azienda tuttavia richiede l'autorizzazione per bruciare plastiche e altro nello stabilimento di Maratta, ma, a tal proposito, si ricorda che, secondo quanto ricostruito dagli inquirenti, nel periodo preso in esame, l'inceneritore della ravennate Terni Biomassa Srl avrebbe bruciato "*pulper* da cartiera" con un tasso di umidità, nichel, arsenico e cromo oltre i limiti consentiti dalla legge. E non solo; rispetto alle quantità di rifiuti autorizzate per il "recupero energetico" (100 tonnellate al giorno e 3 all'ora) ne sarebbero state incenerite molte di più, fino a 170 tonnellate giornaliere e 7 all'ora, oltre ad altri rilievi emersi sulle aree di stoccaggio, sulle modalità di smaltimento delle ceneri del *pulper* e di altri materiali pericolosi e sulle emissioni superiori ai limiti di legge in atmosfera;

quale conseguenza delle scelte amministrative assunte in passato, che non hanno tenuto in debito conto le evidenze scientifiche citate, si impennano i costi sociosanitari e il numero delle famiglie distrutte da neoplasie e altre gravi patologie, ormai tristemente diffuse,

impegna il Governo:

1) ad individuare nuovi e più stringenti limiti emissivi per gli impianti di incenerimento dei rifiuti;

2) a chiarire se l'incenerimento aggiuntivo di 130.000 tonnellate annue di rifiuti urbani e assimilati previsto dal piano nazionale degli inceneritori per la Regione Umbria sia programmato nella conca ternana ed in particolare negli impianti di Terni Biomassa Srl e ACEA;

3) ad adottare tutte le iniziative di propria competenza per verificare, anche attraverso l'ISPRA e il NOE, le condizioni di funzionamento degli impianti e la conformità alle vigenti autorizzazioni delle tipologie di combustibili utilizzati dagli impianti di Terni Biomassa Srl e ACEA;

4) in considerazione delle note criticità ambientali e sanitarie della conca ternana, ad avviare un tavolo di confronto con la Regione Umbria indirizzato:

a) all'adozione di iniziative volte alla definitiva chiusura e riconversione ambientale degli impianti ACEA e Terni Biomassa, ribadendo con i fatti la contrarietà all'installazione in Umbria di attività volte all'incenerimento di rifiuti;

b) all'immediato spostamento a Terni delle sedi operative della Direzione ambiente-energia e della Direzione salute, ricollocando, allo stesso modo di altre Regioni, servizi e sezioni proprio laddove le emergenze si presentano e si moltiplicano con una drammaticità plateale e di lunghissima data, rispondendo a insistenti e concrete richieste di puntuali prestazioni pubbliche, assegnando dignità e funzioni alla sede regionale distaccata, da tempo fortemente impoverita di competenze, mezzi, risorse e significato.

(1-00742)

DE PETRIS, BAROZZINO, CAMPANELLA, CERVellini, DE CRISTOFARO, PETRAGLIA, BOCCHINO, MASTRANGELI - Il Senato,

premessi che:

la Consip SpA è una società interamente controllata dal Ministero dell'economia e delle finanze, che svolge attività di consulenza, assistenza e supporto nell'ambito degli acquisti di beni e servizi delle amministrazioni pubbliche, essendo chiamata, in qualità di centrale di committenza nazionale e con risorse esclusivamente pubbliche, a realizzare il programma di razionalizzazione degli acquisti nella pubblica amministrazione, attraverso specifiche convenzioni con singole amministrazioni, sorvegliando tutti gli aspetti del processo di approvvigionamento, nonché attuando i diversi compiti che le vengono affidati da provvedimenti di legge o atti amministrativi;

la scelta attuata negli anni di concentrare in un'unica sede la committenza nazionale della pubblica amministrazione al fine di razionalizzare la spesa pubblica attraverso il raggiungimento di costi omogenei su tutto il territorio nazionale, ed al contempo di limitare al massimo rischi di corruzione in un settore facilmente permeabile a tale fenomeno, alla resa dei conti non sembra, ad avviso dei proponenti, aver centrato in pieno i suddetti obiettivi, quanto, piuttosto, aver comportato una serie di problematiche a carico delle piccole e medie imprese, il tessuto portante della struttura economica diffusa nel nostro Paese, incapaci di competere con le grandi e grandissime aziende che si aggiudicano la stragrande maggioranza delle commesse e degli appalti indetti dalla Consip, la cui aggiudicazione deve conformarsi ad una serie di norme nazionali ed europee che, a loro volta, introducono ulteriori aspetti di complessità nelle procedure: ultimo in ordine di tempo il decreto legislativo n. 50 del 2016, recante "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture";

la maggior parte delle gare indette da Consip SpA si caratterizzano per un numero ridotto di lotti, del valore di centinaia di milioni di euro ciascuno, che determina un'indebita concentrazione del mercato in capo a pochi operatori, favorendo le grandi imprese e mettendo in ginocchio quelle medie e piccole;

tale comportamento è in palese violazione dell'art. 2, comma 1-*bis*, del decreto legislativo n. 163 del 2006 in materia di contratti pubblici volto a favorire una maggiore trasparenza e la più ampia partecipazione delle imprese alle singole gare. La norma prevede infatti che, "al fine di favorire l'accesso delle piccole e medie imprese, le stazioni appaltanti devono (...) suddividere gli appalti in lotti funzionali" e che "I criteri di partecipazione alle gare devono essere tali da non escludere le piccole e medie imprese";

la Consip, stante il delicato compito istituzionale affidatole, dovrebbe prestare una costante e sempre più verificata attenzione nel garantire la correttezza del proprio operato. A tal fine, nel 2003, è stato adottato un "modello di organizzazione e gestione" volto a prevenire la commissione di una serie di reati contemplati dalla legge, da parte di tutti coloro che lavorano per la società. Quest'ultima, infatti, è destinataria della disciplina di cui al decreto legislativo n. 231 del 2001, in materia di responsabilità amministrativa, sia in qualità di società per azioni soggetta al rischio della commissione di alcuni tra i reati societari, sia in quanto soggetto il cui interlocutore principale è rappresentato dalla pubblica amministrazione, condizioni che la rendono particolarmente esposta ai reati contro quest'ultima;

le inchieste giudiziarie su corruzione e traffico di influenze illecite legate agli appalti gestiti dalla Consip SpA, recentemente balzate agli onori della cronaca, coinvolgono i vertici ed i dirigenti della società controllata dal Ministero dell'economia e delle finanze come Marco Gasparri, sospettato di aver aiutato, dietro una dazione di denaro di circa 100.000 euro, l'imprenditore Alfredo Romeo a partecipare ai bandi partire dal 2012, pongono legittimamente più di un interrogativo sulle nomine dei vertici Consip e sui comportamenti inadeguati degli amministratori della società a capitale interamente pubblico;

l'imprenditore Alfredo Romeo, che, per sua stessa ammissione, dice di aver finanziato circa 65 fondazioni di carattere politico, ha inoltre inviato alla redazione della trasmissione "Report" una missiva nella quale avrebbe riportato che, a proposito dei finanziamenti legittimi alle varie fondazioni politiche, "nessun finanziamento era stato fatto se non richiesto": una circostanza, quest'ultima, che getta ulteriori ombre sull'intera vicenda;

nell'ambito della medesima inchiesta, avviata dalla Procura di Napoli e denominata "Facility management 4", è stato interrogato come persona informata sui fatti ed in qualità di attuale amministratore delegato della Consip SpA il dottor Luigi Marroni. Dalle sue deposizioni sarebbe emerso che il ministro Luca Lotti gli avrebbe riferito di un'indagine in atto a carico della Consip, circostanza che lo avrebbe indotto a chiedere la bonifica dei suoi uffici dai dispositivi di intercettazione nel frattempo installati da Carabinieri e

Guardia di finanza, rendendolo così, a sua volta, responsabile di uno sviamento delle indagini;

la circostanza è grave per due aspetti. Per un primo aspetto perché, qualora il fatto fosse vero, un Ministro della Repubblica si sarebbe reso responsabile di uno sviamento di indagine, avendo avvertito un indagato dell'esistenza di un'inchiesta a suo carico. Il ministro Lotti, infatti, è attualmente indagato per rivelazione di segreto e di favoreggiamento, e non ha mai voluto pubblicamente respingere le accuse mossegli, essendosi limitato a dichiarare di essere "tranquillo". Per un secondo aspetto perché l'amministratore delegato dottor Marroni, una volta avvertito dell'indagine, anziché recarsi immediatamente dalla magistratura per collaborare, ha tentato di ostacolarne l'azione, facendo rimuovere le intercettazioni ambientali. La vicenda nel suo complesso va valutata soprattutto dal punto di vista dell'opportunità politica alla permanenza in carica da parte di un ministro della Repubblica che all'atto del suo insediamento ha giurato sulla Costituzione di adempiere ai propri compiti "con disciplina ed onore";

anche se la condotta del dottor Marroni non configurasse un reato, essa appare quantomeno inopportuna da parte di un *manager* di una società a totale partecipazione pubblica che, stando alle stesse regole che la stessa si è data per statuto, dovrebbe rispondere, oltre che ai requisiti di professionalità, anche, e soprattutto, a quelli di onorabilità e correttezza;

altro comportamento censurabile da parte dell'ingegner Marroni appare la circostanza, da lui stesso ammessa, di essersi sentito vittima di un ricatto spregevole da parte del faccendiere Carlo Russo, al fine di favorire l'imprenditore Alfredo Romeo nell'assegnazione di un appalto miliardario, considerato il più grande d'Europa, e per il quale temeva che, se avesse resistito, avrebbe rischiato di perdere l'incarico;

nonostante le più che imbarazzanti rivelazioni della stampa e le improvvise dichiarazioni rese sempre alla stampa dall'interessato, né da parte sua, né da parte del Governo vi è stata alcuna iniziativa al fine di fare chiarezza, attraverso o le dimissioni spontanee o la revoca della nomina da parte del Ministro dell'economia;

al fine di assicurare la tutela degli interessi pubblici e la corretta gestione delle risorse, salvaguardando altresì l'immagine del socio pubblico, il Ministero dell'economia, con direttiva 24 giugno 2013 (firmata dal ministro *pro tempore* Saccomanni) emanata d'intesa con la Presidenza del Consiglio dei ministri, ha dettato al Dipartimento del tesoro i criteri di eleggibilità e gli indirizzi da osservare nelle procedure di selezione dei componenti degli organi di amministrazione delle società direttamente o indirettamente controllate dal Ministero;

quanto alle nomine, la direttiva ha rafforzato i requisiti di onorabilità e di professionalità richiesti agli amministratori e ha individuato le tappe di un processo trasparente ed oggettivo di valutazione di tali requisiti, preliminare alla designazione dei candidati da parte del Ministro, nell'ambito delle sue funzioni di indirizzo politico-amministrativo. Ha introdotto, inoltre, spe-

cifici parametri per la valutazione della competenza professionale e dell'esperienza dei candidati, con una particolare attenzione ai requisiti di eleggibilità richiesti ai fini della nomina come amministratore delegato;

secondo quanto prescritto dalla direttiva, l'istruttoria sulle singole candidature deve essere svolta dal Dipartimento del tesoro, con il supporto, nel processo di ricerca e valutazione dei candidati, di due società specializzate nel *recruiting* di *top manager*, la Spencer Stuart Italia e la Korn Ferry Intl., individuate con una specifica procedura di selezione. Al termine dell'istruttoria sulle candidature, e previo parere favorevole di un comitato di garanzia, al Ministro viene proposta una *short list* di nominativi unitamente ad una relazione di sintesi sui criteri di selezione adottati e sui profili dei candidati proposti;

la nomina dell'ingegner Marroni è avvenuta in data 12 giugno 2015 sotto il Governo Renzi del quale faceva già parte l'attuale ministro Lotti, che a giudizio dei proponenti appare molto interessato alla tutela della figura dell'attuale amministratore delegato della Consip;

con l'interrogazione a risposta immediata 3-02856 presentata alla Camera dei deputati dal Gruppo Sinistra italiana il 7 marzo 2017 è stato chiesto al Ministro dell'economia di sapere se, all'epoca della nomina del dottor Luigi Marroni alla carica di amministratore delegato della Consip, avvenuta in data 12 giugno 2015 sotto il Governo Renzi, fossero state osservate tutte le procedure prescritte dalla direttiva 24 giugno 2013 e quali fossero, all'epoca, gli altri *competitor* inclusi nella relativa *short list*;

la risposta del ministro Padoan dell'8 marzo, con la quale, secondo i presentatori, ha mostrato imbarazzo e poco rispetto verso il Parlamento, è stata evasiva e testuale: "Quanto alla nomina dell'amministratore di Consip è stato individuato, nell'esercizio delle prerogative dell'organo di indirizzo politico, l'ingegner Marroni quale profilo idoneo a ricoprire l'incarico previa verifica dei requisiti di eleggibilità, professionalità, onorabilità ed autonomia che è avvenuta da parte del Dipartimento del tesoro sulla base delle significative esperienze attestate dal profilo professionale". Sempre lo stesso giorno, in risposta alla successiva interrogazione 3-02857, il Ministro replicava tra l'altro "l'amministratore delegato di Consip non si trova in una condizione per la quale lo statuto della società (...) contempla (...) la decadenza" e, pertanto, resterà in carica fino all'approvazione del bilancio dell'esercizio 2017;

è del tutto evidente, dalle laconiche parole del Ministro, che la richiamata procedura prevista dalla direttiva 24 giugno 2013 sia stata disattesa, poiché: non è stata data evidenza pubblica sul sito istituzionale del Ministero dell'economia e delle finanze della *vacancy*; non è stata avviata alcuna istruttoria, come previsto dalla direttiva, da parte delle società specializzate nella selezione di *top management*; non è stata compilata una *short list* dei nominativi selezionati e non è stato acquisito il parere del comitato di garanzia. Quindi, la prerogativa dell'organo di indirizzo politico alla quale si è richiamato il Ministro è stata esercitata eludendo completamente quella che è la procedura prevista per legge. Inoltre, all'epoca della nomina, l'ingegner

Marroni rivestiva un ruolo istituzionale, essendo ancora in carica come assessore per la sanità della Regione Toscana, visto che le elezioni si sono tenute il 31 maggio 2015, mentre l'assemblea dei soci Consip lo nominava amministratore delegato il 12 giugno 2015,

impegna il Governo:

1) ad azzerare immediatamente tutte le nomine ai vertici della Consip ed a procedere a nuove nomine, seguendo puntualmente ed in modo trasparente, dandone conto al Parlamento, i criteri e gli indirizzi della direttiva 24 giugno 2013;

2) ad avviare un'inchiesta amministrativa, al fine di verificare che le procedure di assegnazione degli appalti Consip siano state applicate correttamente in base alla normativa vigente e se tali assegnazioni non siano avvenute sulla base di indebite o illecite pressioni di qualsiasi genere e provenienza politica o imprenditoriale, prevedendo opportune, drastiche sanzioni a carico dei dirigenti "infedeli" e dando immediata comunicazione al Parlamento sull'esito dell'inchiesta stessa;

3) a rivedere i criteri di definizione delle gare, al fine di consentire l'effettiva partecipazione anche alle piccole e medie imprese, e soprattutto favorendo e intensificando la vigilanza sull'applicazione del codice dei contratti pubblici che impone alle stazioni appaltanti di suddividere gli appalti in lotti funzionali per favorire l'accesso delle piccole e medie imprese.

(1-00743)

FORMIGONI, PIGNEDOLI, BERTUZZI, DALLA TOR, PANIZZA, ALBANO, CANTINI, FASIOLO, RUTA, SAGGESE, GATTI - Il Senato,

premessi che:

nel 2017, si avvierà il negoziato sulla riforma del bilancio europeo, fortemente condizionato dalla "Brexit", si celebrerà il 60° anniversario dei Trattati di Roma, si terrà il G7 dell'agricoltura nel mese di ottobre: ciò porterà ad una riflessione di lungo periodo sulle finalità della politica agricola comune (PAC) in un contesto geopolitico internazionale profondamente cambiato e imporrà di tracciare le linee fondamentali di una nuova visione della riforma agricola oltre il 2020;

la dimensione delle sfide che si prospettano, a livello internazionale, di carattere economico, climatico ed ambientale richiedono, per poter incidere in modo sostanziale, uno sforzo di discontinuità nell'impostazione e nella gestione delle risorse PAC;

la politica agricola comune ha visto, nel corso degli anni, diverse evoluzioni, dalla riforma "Mac Sharry" alla riforma "Fischler", passando da "Agenda 2000" fino alla riforma in corso 2014-2020. Si sono susseguite modifiche che progressivamente hanno trasformato un sistema diretto di protezione delle produzioni in un insieme più complesso di misure sociali,

territoriali e ambientali, ovvero sia un sistema più flessibile, in cui ogni Stato membro ha avuto più spazi di gestione di problematiche specifiche;

nonostante le progressive riforme con indubbi risultati positivi, permangono problemi sulla complessità di applicazione del sistema di aiuti, lo squilibrio ancora presente tra premialità secondo un criterio storico legato alle quantità e alle rendite a scapito dell'imprenditorialità innovativa, problemi di riequilibrio territoriale tra centri e territori marginali e degradati, criticità sul ricambio generazionale, insufficiente valorizzazione dei fattori competitivi delle produzioni legati alla sostenibilità ambientale e alla salute, sistemi inadeguati rispetto alla volatilità dei prezzi e alle crisi di mercato;

nel settembre 2016, la Commissione europea ha avanzato la proposta di regolamento, cosiddetto *omnibus*, all'interno del quale è previsto un processo di revisione intermedio della PAC in cui, in seno all'obiettivo di semplificazione e alleggerimento di oneri amministrativi, le misure più rilevanti riguardano lo sviluppo rurale, i pagamenti diretti e l'organizzazione comune dei mercati (OCM) dei prodotti agricoli;

considerato che:

la Commissione europea ha avviato, sul futuro della PAC, un'ampia consultazione rivolta a cittadini, imprenditori e istituzioni, che potranno esprimersi sul futuro della politica agricola comune, il cui esito concorrerà a redigere un bilancio, entro la fine del 2017, sul funzionamento dell'attuale riforma e sulle opzioni politiche future;

risulta fondamentale che la politica agricola comune rimanga una priorità strategica nell'ambito delle politiche dell'Unione europea al fine di perseguire, tra l'altro, la sicurezza e la sovranità alimentare, rafforzando al contempo la resilienza e la sostenibilità dell'agricoltura europea;

appare necessario che, anche nel periodo 2020-2026, venga destinato un *budget* nel bilancio europeo adeguato alla politica agricola, proprio per l'accresciuta valenza e il suo impatto sull'ambiente e la salute. Sussiste l'esigenza di dare sempre meno una connotazione settoriale della politica agricola, andando verso una politica agricola e alimentare comune. Occorre, quindi, un *budget* congruo mirato a una precisa strategia, basata sull'innalzamento degli *standard* qualitativi di produzione, sulla responsabilizzazione di tutti i soggetti della catena alimentare, sul rafforzamento del ruolo dei produttori nella filiera, sulla crescita di consumatori consapevoli e, dunque, della possibilità di sostenere e indirizzare i "consumi di qualità";

l'incertezza e la difficile governabilità delle dinamiche globali, le emergenze climatiche sempre più ravvicinate, la volatilità dei prezzi, la difficoltà di fronteggiare patologie e rischi sanitari sempre più frequenti impongono ai sistemi produttivi agricoli di sviluppare una straordinaria capacità di innovazione per rispondere alle nuove esigenze sia produttive, sia qualitative per un consumo consapevole, sia ambientali. Occorre istituire un sistema resiliente che sappia superare il passaggio tra un sistema chiuso e stabile ad un sistema aperto e instabile, che oltre ad intervenire in caso di crisi o emergenze, sia idoneo a studiare strategie di prevenzione per abbassare i

livelli di vulnerabilità. La diversificazione produttiva e l'organizzazione in rete di aziende per far fronte a rischi ambientali o di mercato diventano azioni determinanti per aumentare la forza e la resistenza del singolo ciclo produttivo;

si rende indispensabile arrivare a un superamento del criterio di pagamento per ettaro per inserire criteri di remunerazione di servizi pubblici e di premialità della qualità produttiva e del valore aggiunto, per passare da un premio alle rendite ad un premio all'imprenditorialità e alla crescita qualitativa: sfida che l'Italia sta conducendo da tempo, a fronte di una situazione penalizzante di un sistema omologato e fortemente connesso al sistema storico;

la verifica sull'efficacia delle misure di miglioramento ambientale applicate nell'attuale riforma diventa indispensabile, a partire da una valutazione sulla componente *greening* dei pagamenti diretti, dove la complicazione dello strumento e la complessità di applicazione non sembrerebbe, ad oggi, compensare l'impatto realmente benefico, previsto nelle finalità, nei confronti dell'ambiente;

il regolamento "*omnibus*", pur non costituendo una completa revisione, introduce alcune modifiche che riguardano la semplificazione nei pagamenti diretti, in relazione alla definizione di agricoltore attivo, i giovani agricoltori, il sostegno accoppiato facoltativo e il regime di pagamento unico per superficie;

ritenuto che sia positivo l'obiettivo del regolamento di creare strumenti finanziari complementari alle misure tradizionali già previste dai piani di sviluppo rurale e che favoriscano accesso al capitale per gli agricoltori, così come si ritengono positive le minori rigidità rispetto ai giovani. Modifiche positive che vanno dalla più estesa definizione di giovane agricoltore alla semplificazione rispetto all'accesso ai prestiti e ad altri strumenti finanziari, alla possibilità di insediamento anche congiunto ad altri agricoltori per favorire la crescita dimensionale d'azienda;

preso atto dell'esigenza di assicurare all'Italia un pieno impulso all'utilizzo integrale di tutte le opportunità di sostegno al settore agricolo offerte dalla politica agricola comune, le quali non si traducano esclusivamente nei finanziamenti tradizionalmente assicurati, ma possano fungere da fattore di impulso alle produzioni di eccellenza che costituiscono il fattore trainante dell'economia agroalimentare nazionale,

impegna il Governo:

1) nell'ambito del complessivo processo di riforma della politica agricola comune, a negoziare e a garantire idonee risorse finanziarie, sia europee che nazionali, per consentire alla PAC di rientrare tra le politiche prioritarie dell'Unione europea per la centralità sempre maggiore che hanno assunto la questione alimentare e la questione ambientale e sociale;

2) a sostenere una politica che rappresenti un salto di qualità nella piena integrazione tra politiche di ricerca, innovazione e formazione perma-

nente, puntando sulla competitività e sul rispetto ambientale. Fattori fondamentali su cui basare l'impostazione della nuova PAC, passando da un'ottica di premio alle rendite a quella di un premio alla capacità imprenditoriale innovativa, con una conseguente revisione dei due "pilastri", nell'ottica di contemporare obiettivi e finalità, ma eliminando possibili duplicazioni o sovrapposizioni di interventi e misure;

3) ad assicurare che le prerogative in materia di politica agricola comune affidate ai singoli Stati membri possano essere esercitate in modo tale da fornire un nuovo impulso alle imprese agroalimentari nazionali, tutelando e sostenendo le produzioni di eccellenza del *made in Italy*, ricercando anche nuovi sbocchi per le esportazioni intra ed extracomunitarie;

4) a fare in modo che, in occasione della revisione del cosiddetto regolamento *omnibus*, sia prevista un'effettiva semplificazione degli strumenti a favore del comparto agricolo, in modo che gli imprenditori agricoli possano trarre immediato vantaggio da tale opera di semplificazione;

5) a intervenire con apposite misure, affinché le sfide legate alla sostenibilità ambientale possano rappresentare delle opportunità economiche per gli stessi imprenditori agricoli;

6) a favorire l'accesso alle misure di sostegno alle imprese condotte da giovani e da imprenditrici agricole, in particolare quelle innovative e che investono maggiormente in ricerca e sviluppo e nuove tecnologie;

7) a sostenere, nel più ampio obiettivo generale dell'occupazione, criteri di valorizzazione per un'imprenditorialità basata sul lavoro di qualità, su fattori competitivi di carattere etico, su premialità e incentivi ai soggetti che adottano in modo strutturato percorsi di integrazione "scuola-impresa";

8) ad assicurare che le prerogative in materia di politica agricola comune affidate ai singoli Stati membri possano essere indirizzate e investite in modo virtuoso su specificità e caratteristiche nazionali, evitando la frammentarietà dettata da compensazioni dei singoli interessi regionali;

9) ad inserire a pieno titolo nelle politiche agricole future le misure di sostegno e implementazione di tecnologie di precisione, che possano rendere più competitivo il settore agricolo, rispondendo contemporaneamente ad una domanda crescente di alimenti, ma con minor impatto ambientale, con minor uso standardizzato di fitofarmaci e chimica e maggiore ricorso a pratiche basate sulla variabilità, sulla gestione differenziata dei fattori di rischio e delle caratteristiche agricole;

10) a consentire che la politica comune europea giunga a riguardare tutte le fasi della filiera agroalimentare, dalla produzione alla distribuzione, intervenendo anche sull'organizzazione comune di mercato, favorendo le aggregazioni tra imprese, rivedendo ruolo e finalità delle organizzazioni di produttori e, comunque, garantendo l'accesso alle misure di sostegno a tutti gli attori coinvolti, anche quelli di minori dimensioni;

11) a rivedere gli strumenti di gestione del rischio già nel regolamento *omnibus*, differenziando i fondi settoriali e riducendo la soglia di acces-

so, adottando specifiche iniziative volte a implementare il ricorso agli stessi, in modo tale da supportare gli imprenditori agricoli parallelamente a nuovi strumenti di prevenzione delle situazioni di crisi;

12) a consentire per il settore forestale il finanziamento, con i programmi di sviluppo rurale, degli investimenti in moderne o innovative tecnologie, che conferiscano caratteristiche tecniche di resistenza omogenea alla materia prima legno, al fine di permettere una gamma di utilizzazione più ampia, per fornire prodotti semilavorati da considerare come prima lavorazione del legno;

13) a favorire nella nuova programmazione misure di sostegno, anche mediante indennità compensative, alla coltivazione delle superfici forestali, intese a tenere conto dei maggiori oneri per la gestione ambientale delle foreste alpine rispetto alle superfici forestali delle pianure europee;

14) a sollecitare idonee misure di sostegno delle zone svantaggiate, mediante specifici strumenti, anche finanziari, per compensare le difficoltà strutturali e competitive che caratterizzano tali zone, anche alla luce dell'attuale assetto della ripartizione dei premi del primo pilastro della PAC, che non privilegia dette aree.

(1-00744)

GUERRA, CASSON, CORSINI, DIRINDIN, FORNARO, GATTI, GOTOR, GRANAIOLA, LO MORO, MIGLIAVACCA, PEGORER, RICCHIUTI, SONEGO - Il Senato,

premessi che:

il 23 dicembre 2016, l'opinione pubblica è stata informata del fatto che il Ministro per lo sport, anche titolare dell'incarico di segretario del Cipe, Luca Lotti è indagato per favoreggiamento e rivelazione di segreto istruttorio in un'inchiesta su un appalto Consip, condotta dai pubblici ministeri di Napoli e che lo stesso è stato interrogato dall'autorità giudiziaria il 27 dicembre 2016;

nei giorni scorsi, sui principali giornali italiani, sono stati pubblicati ampi brani di dichiarazioni rese all'autorità giudiziaria da Luigi Marroni, amministratore delegato in carica della Consip, il quale ha ribadito gravissime affermazioni nei confronti del ministro Luca Lotti, che lo avrebbe informato delle attività investigative messe in atto dalle autorità inquirenti, anche attraverso intercettazioni ambientali negli uffici dei vertici della Consip, affinché «le cimici» fossero rimosse, come puntualmente avvenuto. Inoltre, Luigi Marroni ha dichiarato di avere subito pressioni per orientare una gara d'appalto indetta dalla Consip da parte del signor Tiziano Renzi (padre del Presidente del Consiglio dei ministri *pro tempore* Matteo Renzi), il quale è stato anche lui indagato nel medesimo procedimento, con l'accusa di concorso in traffico di influenze. A questo proposito, il dottor Luigi Marroni avrebbe specificato quanto segue: «Carlo Russo per rafforzare la sua richiesta, mi disse in modo esplicito che questo affare non interessava solo

lui ma dietro la società che stava rappresentando vi erano gli interessi di Denis Verdini, facendomi capire chiaramente che avrei dovuto impegnarmi nel senso da lui prospettato, ribadendomi che io ricoprivo questo incarico grazie alla nomina che mi era stata concessa dal Presidente del Consiglio Matteo Renzi. Devo ammettere che questa richiesta mi turbò molto perché mi rendevo conto che se non avessi dimostrato di agevolare l'azienda segnalatami dal Russo avrei rischiato il posto, ma di contro ero fortemente intenzionato a non dare seguito alla richiesta in quanto palesemente contraria alla legge». Lo stesso Carlo Russo sarebbe stato accreditato dal ministro Lotti presso il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano, secondo quanto reso pubblico da quest'ultimo;

la giustizia deve fare il suo corso in piena autonomia ed è doveroso attenersi a un rigoroso atteggiamento di civile garantismo, fondato sulla presunzione d'innocenza fino a prova contraria, in virtù dell'articolo 27 della Costituzione repubblicana per cui «L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva»;

ritenuto che:

non è necessario attendere che la giustizia faccia il suo corso per rendersi conto di come, nella vicenda Consip, la commistione tra affari e politica abbia dato luogo a un intreccio dannoso per l'autorevolezza e la rispettabilità delle istituzioni. Sarebbe opportuno che la politica, in piena autonomia, si autoregolamentasse, elevando l'asticella del rigore e della probità dei comportamenti nella gestione della cosa pubblica e si dotasse di *standard* di condotta omogenei per non ingenerare il sospetto di una doppia morale e di un garantismo a intermittenza, che trasformano quel principio di civiltà in una mera condotta opportunistica, da rivendicarsi soltanto quando sono coinvolti i propri amici o compagni di partito. La vicenda Consip, a prescindere dal suo eventuale rilievo penale, mette in luce a giudizio dei proponenti comportamenti familistici e clientelari nella gestione del potere, che disvelano come questioni di interesse pubblico siano state affrontate grazie a un ruolo preminente dei rapporti di origine familiare, personale, privatistica e amicale, basati su legami di solidarietà predominanti sugli interessi della collettività e sui principi della libera concorrenza e della meritocrazia. Purtroppo, non si tratta di un caso isolato, ma di una condotta più generale, una sorta di «groviglio del potere cresciuto intorno a Matteo Renzi che lo ha coltivato o tollerato nell'illusione di proteggersi, fino a restarne imprigionato», come autorevolmente sostenuto recentemente in un editoriale da Ezio Mauro sulle pagine di "la Repubblica". La gestione del potere pubblico, infatti, non può avvenire mediante la nomina di soggetti di provata fedeltà personale o di una determinata provenienza geografica, a discapito di una verifica delle loro intrinseche qualità professionali. Tale comportamento rischia di alimentare l'affermazione e il favoreggiamento di interessi privati e domestici in cui la famiglia, la fazione, la consorte si sovrappongono allo Stato, fino a confondersi con esso, a detrimento della necessaria autorevolezza che deve accompagnare l'esercizio della funzione pubblica. Senza trascurare, infine, nel delicato ambito del finanziamento delle fondazioni e dell'attività

politica in generale l'indebito intreccio che viene a crearsi, quasi inevitabilmente, tra quanti hanno continuato ad avere rapporti di lavoro con la Consip o sono risultati vincitori di appalti pubblici e, contemporaneamente, come soggetti privati, hanno continuato a finanziare l'attività politica e la fondazione legata a Matteo Renzi o, addirittura, a presiederla. È questo il caso, ad esempio, dell'avvocato Alberto Bianchi, a proposito del quale, il giornalista Antonio Polito, sulle pagine del "Corriere della sera" del 6 marzo 2017, ha condivisibilmente commentato che, in qualità di presidente della fondazione di Renzi, avrebbe dovuto porre fine ai suoi rapporti di lavoro con la Consip, che assegna appalti pubblici, per evitare di esporsi al sospetto di non essere neutrale nei riguardi di quanti gli hanno versato i contributi. O peggio aggravare il rischio che qualche imprenditore, possa chiedere, in cambio dei soldi versati alla fondazione, qualche favore, magari all'amministratore delegato della Consip, che proprio da Renzi, su base fiduciaria, era stato nominato a quel ruolo e che avrebbe ammesso in un interrogatorio di aver subito pressioni e ricatti per truccare le gare d'appalto;

il ministro Luca Lotti non ha ritenuto opportuno compiere un passo indietro, mentre, in questi ultimi anni, alcuni ministri della Repubblica, anche non coinvolti direttamente in vicende di carattere penale, come Nunzia De Girolamo (gennaio 2014), Maurizio Lupi (marzo 2015) e Federica Guidi (marzo 2016) si sono dimessi dal loro incarico, e ciò è avvenuto, a seguito di pressanti campagne di stampa e richieste di dimissioni da parte dello stesso Matteo Renzi per supposte ragioni di stile e di opportunità politica;

il Governo a giudizio dei proponenti del presente atto deve potere operare al riparo da dubbi su comportamenti non irreprensibili dei suoi componenti, per potere portare avanti i suoi impegnativi obiettivi,

impegna il Governo e, in particolare, il Presidente del Consiglio dei ministri a valutare la necessità di sospendere le deleghe al Ministro per lo sport Luca Lotti, fino al chiarimento della vicenda che lo vede coinvolto.

(1-00745)

Interrogazioni

FAVERO, DI GIORGI, Elena FERRARA - *Al Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca -*

(3-03573)

(Già 4-06402)

ORELLANA - *Al Ministro della salute -* Premesso che:

con specifico riferimento all'assistenza del paziente diabetico in ambiente scolastico, in particolare del paziente minorenne, un'assistenza ap-

propriata del diabete nelle scuole è necessaria per la sicurezza del bambino, per il suo benessere a lungo termine e per migliori risultati scolastici;

per ottenere un buon controllo glicemico, un bambino diabetico deve monitorare frequentemente le glicemie, seguire una dieta e una terapia e somministrare l'insulina con iniezioni multiple giornaliere o con un microinfusore;

a tal proposito giova ricordare che sono stati da tempo immessi in commercio strumenti per la misurazione delle glicemie, che garantiscono al contempo una minore invasività dei controlli con un monitoraggio pressoché continuo dei livelli di zucchero nel sangue;

l'impiego di tali strumenti è da considerare certamente come un grande passo avanti nel trattamento dei pazienti con diabete di tipo 1, con specifico riferimento al monitoraggio nei bambini e alla loro integrazione nell'ambiente scolastico, in quanto, oltre a essere praticamente indolore, offrono la possibilità di un controllo a distanza tramite *smartphone*, contribuendo ad agevolare notevolmente l'attività di assistenza svolta dal personale scolastico abilitato;

in proposito, particolarmente rilevante è il contenuto dell'obiettivo 9 del Piano nazionale diabete che mira, tra l'altro, a definire criteri di selezione condivisi per un uso mirato della terapia con microinfusori e di altre tecnologie complesse, (come i sensori per la misurazione continua della glicemia) e a definire modalità organizzative che consentano equità di accesso alle tecnologie;

inoltre, per il raggiungimento dell'obiettivo 6, ossia migliorare la qualità della vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva, le linee di indirizzo strategico prioritarie prevedono la promozione dell'uso appropriato delle tecnologie;

premesso altresì che:

nel corso dell'*iter* di approvazione del disegno di legge 1324, recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute", il Governo ha accolto l'ordine del giorno G2.100, a prima firma dell'interrogante, impegnandosi così a dare concreta attuazione agli obiettivi del Piano nazionale diabete, con specifico riferimento all'obiettivo 6 e all'obiettivo 9, valutando, in particolare, l'opportunità di aggiornare i presidi per persone affette da patologia diabetica, di cui all'articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008 (Allegato 3);

il 26 ottobre 2016 è stata approvata con 227 voti favorevoli la mozione 1-00648, a prima firma dell'interrogante, che al punto 3) impegnava il Governo a garantire il rapido aggiornamento dell'elenco dei presidi per persone affette da patologia diabetica di cui all'articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 aprile 2008 (allegato 3), con specifico

riferimento ai sensori glicemici, nel rispetto degli equilibri della finanza pubblica;

considerato che:

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pur essendo stato registrato presso la Corte dei conti il 3 febbraio 2017, non è ancora stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale*;

tuttavia, analizzando il testo dello schema di decreto (atto Governo n. 358), trasmesso alla Presidenza del Senato il 9 novembre 2016, non sembra vi sia un riferimento ai sensori glicemici, contrariamente agli impegni assunti dal Governo tramite l'accoglimento e l'approvazione degli atti citati;

inoltre, secondo quanto riportato da un articolo del 12 marzo del quotidiano "Corriere della Sera", sarebbero altresì escluse dai nuovi LEA anche le speciali scarpe terapeutiche, cruciali per prevenire le amputazioni ai pazienti, che soffrono di piede diabetico con ulcere. Amputazioni che, tra costi diretti e indiretti, graverebbero sul Sistema sanitario nazionale per un totale di 15.000 euro annui a paziente, a fronte del costo massimo pari a 200 euro delle calzature,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo intenda confermare l'esclusione dei dispositivi medici citati in premessa e, in caso affermativo, sulla base di quali motivazioni;

entro quale termine verrà pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il testo del decreto sull'aggiornamento dei LEA e a quali ragioni sia imputabile tale ritardo.

(3-03574)

PANIZZA - *Ai Ministri dei beni e delle attività culturali e del turismo e dell'economia e delle finanze* - Premesso che:

la legge di stabilità per il 2016 (art. 1, comma 985, della legge n. 208 del 2015) ha introdotto per l'anno 2016 la possibilità per i contribuenti di destinare il 2 per mille dell'Irpef alle associazioni culturali (prima previsto solo in favore dei partiti politici);

con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2016, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 95 del 23 aprile 2016, sono stati definiti le regole ed i criteri di applicazione della norma;

la misura riguardava il solo esercizio finanziario 2016 e, quindi, l'anno d'imposta 2015. In sostanza, la scelta si poteva esercitare in occasione della dichiarazione dei redditi 2016, utilizzando l'apposita scheda per le opzioni riguardanti la destinazione dell'8 per mille, del 5 per mille e del 2 per mille dell'Irpef allegata al modello CU 2016, 730/2016 o UNICO PF 2016;

secondo quanto stabilito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 21 marzo 2016, per l'esercizio finanziario 2016 avevano diritto alla corresponsione del 2 per mille dell'Irpef le associazioni, che secondo il rispettivo atto costitutivo o statuto, avessero la finalità di svolgere e/o promuovere attività culturali e risultassero esistenti da almeno 5 anni al momento della presentazione della domanda di iscrizione all'apposito elenco istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri;

a tal fine, le associazioni interessate dovevano presentare istanza di iscrizione entro il 10 aprile 2016, esclusivamente per via telematica, mediante apposita procedura accessibile dal sito *web* del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo, allegando una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa al possesso dei requisiti e una relazione sintetica descrittiva dell'attività di promozione di attività culturali svolta nell'ultimo quinquennio;

il Ministero, come previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ha redatto e pubblicato sul proprio sito l'elenco provvisorio degli enti associativi culturali, indicando per ciascuno di essi denominazione, sede e codice fiscale;

cosicché, nell'anno finanziario 2016 ciascun contribuente, con riferimento al precedente periodo d'imposta (2015), ha espresso la scelta di destinare il 2 per mille della propria Irpef a favore di una delle associazioni culturali ammesse al riparto e di cui allo specifico elenco del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo;

considerato che:

sul sito dell'Agenzia delle entrate, alla voce "Informazioni generali - Destinazione dell'otto, del cinque e del due per mille dell'Irpef 2017" è riportato: I contribuenti possono utilizzare una scheda unica per la scelta della destinazione dell'8, del 5 e del 2 per mille dell'Irpef. Il contribuente può destinare: l'8 per mille del gettito Irpef allo Stato oppure ad un'Istituzione religiosa; il 5 per mille dell'Irpef a determinate finalità di interesse sociale; il 2 per mille della propria Irpef in favore di un partito politico. Le scelte, che non sono in alcun modo alternative tra loro e possono, pertanto, essere tutte espresse, non determinano maggiori imposte dovute";

i partiti politici, quindi, sono stati riammessi ad usufruire del 2 per mille dell'Irpef a discapito delle associazioni culturali, le cui attività andrebbero, invece, sempre sostenute per il fondamentale ruolo sociale che esse rivestono, soprattutto a livello locale. Le associazioni culturali stimolano e favoriscono il sorgere e lo svilupparsi di tutte le iniziative che, nel settore, vadano a potenziare e valorizzare la cultura intesa sia come creazione di occasioni, quali eventi in campo artistico, spettacolare, convegnistico ed altro, sia di crescita culturale dei cittadini, sia come propulsore di sviluppo turistico ed economico del territorio,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo non ritengano fondamentale il ruolo delle associazioni culturali;

come mai non abbiano previsto anche per l'anno 2017 (periodo d'imposta 2016) la partecipazione delle associazioni culturali al riparto del 2 per mille dell'Irpef;

se non siano del parere che tale riparto diventi una misura strutturale anche per le associazioni culturali.

(3-03575)

Interrogazioni con richiesta di risposta scritta

DI BIAGIO - *Ai Ministri per la semplificazione e la pubblica amministrazione e della salute* - Premesso che:

l'art. 6, comma 7, del decreto legislativo n. 178 del 2012, così come novellato dalla legge n. 208 del 2015 (legge di stabilità per il 2016), ha previsto assunzioni, anche in posizione di sovrannumero e ad esaurimento, con procedure di mobilità, da parte degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale, del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato della Croce rossa italiana e quindi dell'ente con funzioni di autista soccorritore e autisti soccorritori *senior*;

sebbene con le suddette disposizioni si sia inteso disciplinare l'operatività futura di taluni profili afferenti al comparto sanitario, prevedendone un percorso specifico di inserimento presso le strutture del SSN, di contro, le medesime disposizioni risultano silenti in merito a talune categorie attualmente operative nell'Esacri (Ente strumentale della Croce rossa italiana) come le professionalità sanitarie, che, pur svolgendo un ruolo determinante e prezioso per le amministrazioni presso le quali sono operative, risultano essere collocate in una sorta di "limbo amministrativo", in assenza di precise indicazioni e di prospettive delineate dalla normativa vigente in materia di mobilità e di ricollocazione;

il personale sanitario è rappresentato da un contingente di 17 unità, pertanto un numero irrisorio, la cui gestione non si dovrebbe configurare come un onere in capo all'amministrazione: si tratta di profili che hanno maturato un significativo ammontare di esperienza e competenza, che hanno un'elevata specializzazione e che potrebbero portare un inderogabile valore aggiunto al SSN nei servizi territoriali e non, segnatamente nei versanti in cui si registra una palese carenza di servizi all'utenza, o in quei contesti in cui questi profili già sono attivamente impiegati;

vale la pena segnalare che il decreto 14 settembre 2015 ha sancito i criteri per l'attuazione delle procedure di mobilità, ai sensi dell'articolo 1, commi 423-425, della legge n. 190 del 2014 (legge di stabilità per il 2015), riservate, tra gli altri, ai dipendenti della CRI;

non risulta all'interrogante la sussistenza di una tabella equiparativa, tra le categorie di inquadramento delle professionalità sanitarie della CRI e i corrispondenti omologhi nelle diverse amministrazioni dello Stato potenzialmente destinatarie delle suddette professionalità, ai sensi della descritta dinamica di mobilità;

vale la pena segnalare che una parte del personale, nello specifico, 2 biologi, un medico, un farmacista, una psicologa, dal 2 gennaio 2017 risulta essere transitato presso il Ministero della salute, in seguito ad una convenzione stipulata tra CRI e il Ministero stesso;

8 biologi del citato contingente continuano a prestare servizio presso il laboratorio centrale CRI, in affiancamento al personale dell'associazione privata della CRI, operando nel comparto delle analisi chimico-cliniche, che si eseguono in convenzione con SSN e dello *screening* neonatale per la Regione Lazio;

si ritiene opportuno segnalare che per quanto concerne le analisi di *screening* neonatale, su cui forte è stata l'attenzione del Ministro in indirizzo, vengono eseguite dal personale CRI e presso le sue strutture dal 1977, e tale dato conferma il consolidarsi di un notevole livello di *expertise* e di *know how* da parte del personale, che meriterebbe di essere tutelato e promosso;

sul versante dell'operatività, nell'ambito dell'esecuzione delle analisi di *screening* neonatale, appare significativo evidenziare, a conferma del ruolo determinante del personale CRI e del potenziale del suo laboratorio, che per circa 10 anni (fino al 2010) la CRI si è occupata anche dello *screening* dei neonati della Regione Umbria e a tutt'oggi lo *screening* viene effettuato su una parte dei neonati del Lazio, quella più cospicua, in particolare il bacino di Roma, Asl B, D, E, F, l'ospedale "Fatebenefratelli", e quello di Rieti (circa 30.000 neonati all'anno), e, al fine di far comprendere il bacino di riferimento della CRI, si segnala che i competenti laboratori del policlinico "Umberto I" effettuano le analisi per l'utenza afferente alle Asl A (tranne Fatebenefratelli), C, e le provincie di Latina, Frosinone e Viterbo, per un ammontare di circa 25.000 neonati all'anno;

la Regione Lazio, ottemperando a quanto disposto dalla legge n. 167 del 2016, recante "Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie", dovrà procedere con l'individuazione dei criteri di attuazione; risulta però all'interrogante che il servizio di analisi, ai fini della nuova norma, verrà centralizzato presso il policlinico Umberto I, conseguentemente dovrebbe essere disabilitato il centro analisi della CRI, malgrado il ruolo pionieristico da questo svolto sul versante delle analisi *screening* neonatale, il bacino di utenza da questo servito (più vasto di quello afferente al policlinico) l'esperienza quarantennale ed il notevole valore aggiunto che il lavoro proficuo svolto dai suoi operatori ha rappresentato e può continuare a rappresentare;

date siffatte premesse, e considerata l'opportunità di salvaguardare con un percorso specifico e chiaro il citato personale sanitario, che attualmente non risulta ricollocato, ed in riferimento al quale non sussiste alcuna formula legislativa o amministrativa di gestione, si ritiene auspicabile ed opportuno prevedere un percorso assimilabile a quanto già intrapreso per il personale con funzione di autista soccorritore;

si assiste al paradossale scenario di quasi completa collocazione del personale della CRI, ai sensi del decreto legislativo n. 178 del 2012 da parte della funzione pubblica (svolgendosi in maniera risolutiva in questo momento la III fase della procedura di mobilità), in cui risulta privo di riferimenti e di prospettiva un contingente tra i più validi e competenti della struttura;

attualmente la questione dei profili sanitari è già oggetto di un approfondimento presso il Dipartimento della funzione pubblica, ma al momento non vi sono riscontri;

pertanto, considerando che, ai sensi del decreto legislativo n. 178 del 2012 l'Esacri sarà operativa soltanto fino al 31 dicembre 2017, appare inderogabile l'urgenza di prevedere un celere intervento normativo, volto a salvaguardare le suddette professionalità, che al momento risultano oggetto, a giudizio dell'interrogante incomprensibilmente, di un approccio discriminatorio da parte dell'amministrazione, che dovrebbe essere orientata alla piena valorizzazione di questa *expertise*, di cui il prosieguo delle attività nei medesimi comparti di attuale attività comporterebbe un notevole vantaggio in termini economici e di qualità dei servizi,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza delle criticità che al momento condizionano il comparto dei 17 profili sanitari identificati in premessa;

quali iniziative intendano intraprendere al fine di consentire la loro legittima collocazione, in armonia con quanto già previsto ed attuato per il personale della CRI;

se non si ritenga auspicabile procedere alla definizione di adeguate tabelle equiparative tra le categorie di inquadramento dei dipendenti interessati (contratto collettivo nazionale di lavoro enti pubblici non economici - Area VI) ed i corrispondenti omologhi nelle diverse amministrazioni dello Stato, propedeutiche al transito del personale sanitario presso altre strutture amministrative;

se non si ritenga opportuno eventualmente consentire la ricollocazione dei profili in oggetto nei servizi territoriali, e, nel caso dei profili impiegati presso il laboratorio centrale CRI, consentire il prosieguo operativo di questi, facendoli di conseguenza transitare presso la struttura oggetto della centralizzazione prevista dalla Regione Lazio.

(4-07154)

CERONI - *Al Ministro delle infrastrutture e dei trasporti* - Premesso che:

le infrastrutture costituiscono un complesso di opere e di procedure tecniche ed amministrative che contribuiscono in modo fondamentale allo sviluppo economico di un Paese e al processo di integrazione dei mercati europei, dei trasporti e della mobilità. In tal senso rimane prioritario il potenziamento delle infrastrutture esistenti, promuovendo ed applicando misure che permettano, quando necessario, il conferimento di una maggiore efficienza o funzionalità, fermo restando il carattere prioritario di dovere garantire la sicurezza degli utenti;

ad avviso degli interroganti permane una debolezza del sistema infrastrutturale in Italia;

nel settore dell'energia, ad esempio, non è infrequente la sospensione improvvisa di fornitura dell'energia elettrica, come avvenuto recentemente nelle regioni Marche e Abruzzo, dove, oltre ai disagi causati dal terremoto, migliaia di utenti, ovvero famiglie con anziani o con bambini, sono rimasti privi di energia elettrica e lasciati al buio e senza riscaldamento, non solo per ore, ma anche per giorni;

nel settore autostradale, secondo i dati pubblicati dalla concessionaria Autostrade per l'Italia, che si definisce *leader* mondiale nello sviluppo e nell'implementazione di tecnologie per la sicurezza e il controllo della viabilità, i ponti, i viadotti e le gallerie rappresentano, in estensione, più del 12 per cento della rete autostradale;

Autostrade per l'Italia comunica di operare sorveglianze sistematiche e in dettaglio con ispezioni periodiche, nonché un monitoraggio geotecnico visivo, strumentale e attraverso campagne di indagini geognostiche, e un monitoraggio idraulico, sia delle opere maggiori, sia di quelle minori;

Autostrade per l'Italia dichiara inoltre di intervenire "con precisione sulle opere, eliminando in modo definitivo i difetti. (...) Complessivamente, i costi di manutenzione superano i 40 milioni di euro l'anno";

ricordato che:

la maggioranza delle opere infrastrutturali in Italia ha oltre 50 anni: questo rende sempre più necessaria una verifica periodica di tali infrastrutture, considerata la loro obsolescenza, al fine di garantirne la funzionalità e la sicurezza, soprattutto in relazione allo stato di utilizzo e alle sollecitazioni cui sono sottoposte, nonché alla resistenza dei materiali utilizzati;

in questi primi mesi del 2017, analogamente a quanto è successo negli anni passati, si sono avuti cedimenti strutturali con crolli improvvisi di ponti o di campate di viadotti, che hanno anche causato morti e feriti. In particolare, il 9 marzo 2017 è collassato un cavalcavia sull'autostrada A14 all'altezza di Camerano, in provincia di Ancona, che ha causato 2 morti e 3 feriti,

si chiede di sapere:

quali siano le ragioni per le quali, a fronte di una dichiarata sorveglianza sistematica e periodica delle opere e delle risorse loro destinate, si verificano tali collassamenti;

quali siano i soggetti titolari della responsabilità di verificare che la sorveglianza dichiarata sullo stato delle opere venga effettivamente effettuata;

a fronte dei gravi cedimenti strutturali che si sono verificati, quali provvedimenti il Ministro in indirizzo intenda attivare per garantire la sicurezza degli utenti, e quali interventi intenda porre in essere con tempestività, e prioritariamente su ogni altro intervento, per rinnovare le infrastrutture stradali, al fine di pervenire ad una loro completa riqualificazione.

(4-07155)

FUCKSIA, CERONI - *Ai Ministri delle infrastrutture e dei trasporti, dell'interno e del lavoro e delle politiche sociali* - Premesso che:

le infrastrutture strategiche presenti nelle quattro regioni colpite dai recenti eventi sismici hanno subito danni;

i lavori per il mantenimento della sicurezza delle infrastrutture sono necessari in tutto il Paese, ma, proprio a causa del terremoto, sono particolarmente urgenti nell'Italia centrale, in particolare nelle Marche, regione maggiormente colpita dai danni sismici;

si fa riferimento, in particolare, al viadotto sul lago di Cingoli e alla diga relativa;

considerato che:

nella giornata del 9 marzo 2017 è crollato un ponte sull'autostrada A14, il numero 167, all'altezza di Camerano, al chilometro 235+800, fra Loreto e Ancona sud;

per l'ampliamento a tre corsie dell'autostrada era previsto il sollevamento del ponte stesso. Il sindaco di Castelfidardo, Roberto Ascani, ha dichiarato: "Gli operai stavano sollevando la campata del ponte con dei martinetti, quando la struttura ha ceduto: evidentemente qualcosa è andato storto";

il bilancio del crollo è di 2 vittime, un uomo e una donna, che si trovavano a bordo di un'auto, che stava passando al momento del crollo, e 2 feriti, trasportati in eliambulanza all'ospedale di Torrette di Ancona;

Autostrade per l'Italia ha spiegato con una nota che il ponte crollato era una struttura provvisoria, posizionata a sostegno del cavalcavia;

il crollo è avvenuto nell'ambito dei lavori di ampliamento a tre corsie della A14 nel tratto tra Ancora sud e Loreto;

per comprendere la gravità del fatto, si cita una testimone che ha affermato: "Mi sento una miracolata". Si tratta di una donna di Porto Sant'Elpidio, che stava viaggiando sull'autostrada A14, su un'automobile che si è fermata "un centinaio di metri prima del ponte crollato. Prima abbiamo visto delle macchine ferme poi un autoveicolo schiacciato e abbiamo capito che cosa era successo. Sono laica, ma stavamo tornando da un conferenza stampa di presentazione ad Ancona della Festa delle Pro Loco che si terrà il 12 marzo a Loreto, dove verranno benedetti i gonfaloni dell'Unpli. Questo e il fatto che ci troviamo nel territorio di Loreto mi fanno sentire una miracolata";

un altro testimone, un giovane calabrese residente a Reggio Emilia, tra i primi a fermarsi davanti al ponte crollato sulla A14 ha dichiarato: "Siamo salvi per miracolo: una signora davanti a me era scossa davvero, ha fatto una frenata e si è fermata a 10 mt dal ponte. Me lo sono trovato davanti, caduto all'improvviso, siamo tutti sotto choc. Poi abbiamo capito che sotto c'era una macchina con delle persone. Terribile è successo tutto di colpo",

si chiede di sapere:

se il Governo sia a conoscenza dei fatti esposti;

se e quali attività di indagine e di verifica siano state intraprese dalle autorità competenti per accertare il compimento di eventuali infrazioni da parte di Autostrade per l'Italia, società costruttrice e, in particolare, per sapere perché il tratto autostradale in questione, interessato dall'ampliamento delle corsie, non sia stato precauzionalmente chiuso al traffico;

se, fermi restando gli accertamenti in corso da parte della Procura della Repubblica, il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti non ritenga opportuno, nell'ambito delle proprie competenze, verificare lo stato di manutenzione di tutte le infrastrutture strategiche presenti sul territorio, con particolare riguardo a quelle ubicate nell'Italia centrale;

se i Ministri in indirizzo vogliano, nei cantieri aperti su tutto il territorio nazionale per lavori connessi a costruzione o manutenzione di infrastrutture strategiche, effettuare una verifica sullo stato del rispetto delle disposizioni relative alla sicurezza sul lavoro;

quali siano le modalità seguite per concedere l'appalto dei lavori del ponte crollato;

quali opere siano state realizzate precedentemente dallo stesso appaltatore;

chi siano i responsabili della sicurezza e quali lavori abbiano seguito in precedenza;

se vogliano svolgere attività di indagine e verifica sulle procedure seguite per la concessione degli appalti pubblici, finalizzati alla costruzione, manutenzione e ai lavori di ripristino delle infrastrutture strategiche del Paese;

quali ulteriori misure gravi e urgentissime intendano assumere per impedire il verificarsi di nuovi episodi luttuosi, come quello descritto.

(4-07156)

DE POLI - *Al Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare* - Premesso che, a quanto risulta all'interrogante:

per assicurare il corretto approvvigionamento idropotabile nell'intero territorio regionale, attraverso criteri e metodi omogenei per la salvaguardia, la protezione e la ricarica delle falde idriche, la Giunta regionale del Veneto, con deliberazione n. 1688 del 16 giugno 2000, ha approvato il modello strutturale degli acquedotti del Veneto (MO.S.A.V), previsto dall'art. 14 della legge regionale n. 5 del 1998;

il MO.S.A.V individua gli schemi di massima delle principali strutture acquedottistiche ed è una grande occasione di razionalizzare i sistemi idrosanitari (acquedotti e depurazioni) veneti per una maggiore funzionalità, economia e sicurezza;

l'obiettivo è quello di superare l'eccessiva frammentazione delle attuali strutture, mediante l'accorpamento dei piccoli e medi acquedotti, così da ridurre le attuali fonti di approvvigionamento, con un risparmio di risorse idropotabili non inferiore al 15 per cento: questo sistema adduttivo garantirà ai cittadini la sicura disponibilità di acqua potabile, nonché il suo riutilizzo;

tuttavia, in data 28 febbraio 2017, con interrogazione 4-07071, si sono volute rappresentare le difficoltà del complicato *iter* per la realizzazione del progetto "Opere di captazione dalle falde del medio Brenta", ad opera della società Veneto Acque SpA, della quale la Regione Veneto è unico socio;

nel citato atto di sindacato ispettivo, si è infine chiesto al Ministro in indirizzo se, quando ed in quali termini la Regione Veneto abbia fornito relazione richiestale, soprattutto in merito al parere vincolante ed obbligatorio dell'Autorità di bacino dei fiumi Isonzo, Tagliamento, Livenza, Piove e Brenta-Bacchiglione, che quest'ultima dichiara di non aver mai rilasciato e che invece è obbligatorio per legge;

sebbene ora, a distanza di quasi un anno dalla richiesta del Ministero, non si sia avuto alcun riscontro dalla Regione Veneto, le amministrazioni locali devono constatare con costernazione che i lavori per la realizzazione delle strutture di captazione delle acque sono ad un livello avanzato;

i timori degli amministratori locali riguardano la mancanza di un criterio omogeneo che stabilisca quantità, tempistica e modalità della captazione consentita delle acque dai bacini, dove le stesse saranno convogliate, con la probabile sperequazione tra i fruitori e con i rischi connessi per l'irrigazione dei terreni agricoli;

al momento, la Regione Veneto non ha ancora emanato alcuna autorizzazione sul prelievo idrico e, interpellato, il Tribunale regionale delle acque ha fissato la prossima udienza per il 22 marzo 2017,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno appurare se la Regione Veneto si sia attenuta scrupolosamente alle normative nazionali e locali per la definizione dei criteri della captazione delle acque, affinché questo bene comune possa essere fruito da tutti in egual misura e non ne risentano le attività industriali, agricole e zootecniche.

(4-07157)

AUGELLO - *Al Ministro dell'interno* - Premesso che, a quanto risulta all'interrogante:

in data 22 giugno 2016 venivano pubblicati due bandi di Atac SpA per la rottamazione e demolizione rispettivamente di 137 e di 300 autobus;

il primo appalto è stato assegnato con regolare contratto il 19 ottobre 2016 alla Co.fer.met, con sede in Casalnuovo di Napoli, il secondo alla C.gi.car., con sede a Nola e Afragola;

in pratica, le due società avrebbero dovuto ricevere i bus da rottamare, provvedendo quindi alla demolizione, in base alla convenzione con l'Atac, che non prevedeva alcun subappalto, secondo le vigenti disposizioni di legge;

peraltro il capitolato (art. 2) risultava chiaramente finalizzato ad individuare un soggetto idoneo esclusivamente a procedere alla rottamazione e alle successive fasi di vendita-recupero dei materiali riutilizzabili;

invece i 137 mezzi, di cui al primo capitolato di gara, sono usciti dall'azienda sprovvisti dei formulari (Fir) previsti dall'art. 193 del decreto legislativo n. 152 del 2006, accompagnati da semplici documenti di trasporto, spesso imprecisi nella compilazione, quasi si trattasse di mezzi ceduti attraverso un normale contratto di vendita;

l'azienda era tuttavia consapevole che si trattasse formalmente e giuridicamente di rifiuti, tanto da precisare nel contratto la necessità di aggiungere al documento di trasporto il codice CER;

ad oggi solo 15 di questi mezzi si trovano presso un rottamatore a Guidonia Montecelio (Roma) in via dei Faggi, sprovvisti di Fir, in aperta violazione delle vigenti norme in materia di conferimento e smaltimento dei rifiuti;

i 137 bus sono stati assegnati alla Co.fer.met per un controvalore di soli 600 euro ciascuno, a fronte di un valore dei materiali di recupero tra i 1.800 e i 2.000 euro;

attualmente, secondo informazioni raccolte dall'interrogante, circa ottanta dei 137 bus non sarebbero stati demoliti e risultano inspiegabilmente intestati alla Co.fer.met, come se li avesse acquistati dall'Atac;

la circostanza induce a sospettare che in parte i mezzi destinati alla rottamazione siano invece stati riciclati come bus usati e avviati verso il mercato extracomunitario per continuare a circolare, moltiplicando illecitamente il guadagno della ditta appaltatrice;

per quanto riguarda il secondo appalto (quello relativo ai 300 bus assegnati a dicembre 2016 alla C.gi.car.) dopo l'aggiudicazione sono ancora in corso le operazioni di conferimento, ma visti i precedenti c'è da temere che possano verificarsi le medesime violazioni;

anche i mezzi relativi al secondo appalto sono stati assegnati al prezzo di 600 euro l'uno,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo possa sollecitare il prefetto affinché approfondisca le circostanze richiamate, non solo dal punto di vista degli eventuali risvolti penali che la vicenda pare oggettivamente evocare, ma anche per accertare se questi episodi siano effettivamente tali o rappresentino procedure seriali reiterate all'interno dell'azienda municipalizzata.

(4-07158)

RAZZI - Ai Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze -
Premesso che:

sulla base delle disposizioni operative per l'attivazione dell'istruttoria finalizzata alla concessione di contributi a favore di soggetti privati e attività economiche e produttive, ai sensi dell'articolo 1, commi da 422 a 428, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità per il 2016), in attuazione della delibera del Consiglio dei ministri 28 luglio 2016, relativamente agli eventi calamitosi verificatisi nel territorio della regione Abruzzo (ordinanza n. 372), i cittadini hanno prodotto la domanda di contributo;

risulta all'interrogante che nel comune di Civitella Casanova, in provincia di Pescara, gli uffici preposti non siano stati in grado di fornire indicazioni adeguate circa le iniziali fasi di istruttoria, e ad oggi non abbiano ancora prodotto risposte certe alle numerose domande da parte dei cittadini richiedenti;

giunti alla fase finale del procedimento, che prevedrebbe l'erogazione degli importi ammessi a contributo, si correrebbe il rischio di mancata erogazione, per carenza di istruzioni e linee guida nei casi specifici di delocalizzazione delle abitazioni site nel comune di Civitella Casanova;

durante l'ultima riunione comunale, i beneficiari del contributo sarebbero stati informati dal tecnico istruttore della pratica e dal vice sindaco in carica dell'impossibilità di vedersi erogato l'importo complessivo loro concesso, se non a condizione di dover rendicontare una quota parte in carico al beneficiario stesso (20 per cento per le prime case e 50 per cento per le seconde case);

in data 21 febbraio 2017, presso gli uffici comunali di Civitella Casanova è stato costituito il comitato cittadino a tutela delle famiglie e soggetti beneficiari del contributo, al fine di ottenere chiarezza sul procedimento da parte degli enti preposti,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza del mancato necessario supporto ai cittadini circa l'effettiva applicazione del procedimento previsto per l'accoglimento delle domande di contributo;

se siano a conoscenza del fatto che uffici o autorità comunali applichino arbitrariamente, ad avviso dell'interrogante, criteri, termini e modalità, ignorando il procedimento previsto e ledendo i cittadini aventi diritto, impedendo loro di accedere alla fase finale dell'erogazione in esecuzione della delibera del Consiglio dei ministri 28 luglio 2016;

se non ritengano doveroso, vista la gravità degli atti, inviare, nei limiti di loro competenza, degli ispettori, al fine di verificare l'operato dell'amministrazione comunale di Civitella Casanova, ripristinare la corretta applicazione dei criteri direttivi per la determinazione dei contributi e la conseguente corresponsione ai beneficiari aventi diritto.

(4-07159)

ARACRI - Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali - Premesso che, a quanto risulta all'interrogante:

all'inizio del 2017, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e le Regioni che detenevano progetti di lavori socialmente utili hanno predisposto e sottoscritto apposite convenzioni per lo stanziamento delle risorse necessarie all'espletamento delle attività;

l'*iter* procedurale si è concluso dopo oltre 3 mesi, con il visto della Corte dei conti;

il Ministero, per scongiurare disagi ai lavoratori, avrebbe comunicato alle direzioni regionali dell'Inps di anticipare il pagamento dei sussidi ai soggetti beneficiari;

da notizie in possesso dell'interrogante, solo con l'inserimento dei dati degli occupati sul portale di "Italia lavoro" è possibile predisporre e successivamente procedere al pagamento dei sussidi da parte delle Regioni e delle sedi provinciali;

dopo oltre 20 anni di regolare anticipo dei pagamenti, quest'anno il Ministero, senza aver fornito alcuna spiegazione in merito, non avrebbe autorizzato "Italia lavoro" ad attivare il portale per l'inserimento dei dati e non avrebbe comunicato alle direzioni regionali dell'Inps, come da prassi, di anticipare il pagamento dei sussidi ai lavoratori, che, a causa di queste mancate sovvenzioni, attraversano un periodo di gravi difficoltà economiche, mettendo a repentaglio la sopravvivenza delle loro famiglie che già vivono di stenti,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti e quali siano le sue valutazioni a riguardo;

se, attraverso gli uffici preposti e in tempi rapidi, intenda comunicare a Italia lavoro la riapertura del monitoraggio sull'indice di sviluppo umano, al fine di consentire agli enti utilizzatori di inserire i dati aggiornati dei lavoratori e procedere poi alla corresponsione degli assegni;

se abbia dato immediata comunicazione alle direzioni regionali dell'Inps, consentendo alle competenti collegate sedi provinciali di disporre il pagamento dei sussidi ai lavoratori.

(4-07160)

ARACRI - Ai Ministri delle infrastrutture e dei trasporti, del lavoro e delle politiche sociali e della salute - Premesso che, a quanto risulta all'interrogante:

in data 9 febbraio 2017, la Capitaneria di porto di Termini Imerese (Palermo) ha pubblicato l'ordinanza n. 02/2017 "Regolamento di sicurezza per le operazioni subacquee" nel settore "Sicurezza della navigazione e portuale"; l'ordinanza prevede che gli operatori subacquei con la qualifica di operatore tecnico subacqueo (OTS), definita dai decreti ministeriali 13 gennaio 1979 e 2 febbraio 1982 del Ministero *pro tempore* della marina mercantile, siano abilitati a operare fuori dalle aree portuali, senza limiti di profondità;

l'ordinanza n. 02/2017 è l'ultima di una serie di ordinanze simili emesse negli anni, sul territorio nazionale italiano da diverse Capitanerie di porto (n. 77/1992 della Capitaneria di porto di Ravenna, n. 32/2006 della Capitaneria di porto di Venezia, n. 33/2007 della Capitaneria di porto di Chioggia, n. 25/2010 dell'ufficio circondariale marittimo di Anzio, n. 50/2011 della Capitaneria di porto di Palermo, n. 10/2013 della Capitaneria di porto di Trieste, n. 28/2013 della Capitaneria di porto di Messina, e molte altre);

in tutte, la figura dell'OTS iscritta nell'apposito registro tenuto dalle Capitanerie, e regolamentato dai decreti ministeriali citati, è autorizzata ad operare fuori dalle aree portuali, di competenza della Capitaneria medesima, mentre i decreti prevedono che l'OTS operi soltanto all'interno delle aree portuali. Infatti, dal 1982 ad oggi, la legislazione nazionale ha mantenuto la normativa omogenea nella materia, nonostante diversi disegni di legge siano stati presentati in entrambi i rami del Parlamento, senza mai concludere il loro *iter* parlamentare;

è stata promulgata dal presidente della Regione Siciliana la legge regionale n. 7 del 2016, recante "Disciplina dei contenuti formativi per l'esercizio delle attività della subacquea industriale", pubblicata sulla Gazzetta ufficiale regionale il 29 aprile successivo, della quale, nella riunione del Con-

siglio dei ministri n. 121 del 20 giugno 2016, è stata deliberata la non impugnativa. Essa, all'articolo 1, comma 2, definisce: "Sommozzatori e lavoratori subacquei" (nomenclatura e classificazione delle unità professionali ISTAT 62160) coloro che eseguono, in immersione, attività lavorative subacquee anche in via non esclusiva o in modo non continuativo, operando in acque marittime *inshore* ed *offshore* o interne, fuori dall'ambito portuale, e all'articolo 3, comma 5, specifica che i titoli rilasciati al termine dei percorsi formativi sono soggetti alle procedure e modalità di registrazione e vidimazione previste a livello generale per le attività di formazione professionale ai sensi della vigente disciplina e sono riconoscibili ai sensi della direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005 sull'intero territorio comunitario;

la legge regionale, inoltre, all'articolo 2, comma 1, stabilisce dei percorsi formativi articolati "in tre livelli di qualificazione": di primo livello (*inshore diver*) o "sommozzatore", di secondo livello (*offshore air diver*) detto anche di categoria "TOP UP" e di terzo livello (*offshore sat diver*), detto anche di categoria "altofondalista" (saturazione); all'articolo 4, comma 4, prevede l'iscrizione al repertorio telematico secondo numerazione progressiva individuale e il rilascio all'iscritto di una *card* nominativa corredata dei dati integrali di iscrizione valida per le attività svolte in ambito *inshore*, *offshore* o nelle acque interne, e all'articolo 3, comma 2, indica i livelli di addestramento per attività non in ambito portuale (nettamente superiori a quelli previsti per coloro che sono iscritti al registro sommozzatori, di cui al decreto ministeriale 13 gennaio 1979, come OTS) con profondità fino ai 30 metri, dai 30 ai 50 metri e oltre i 50 metri secondo il livello di addestramento conseguito;

il decreto ministeriale del 1979, invece, sancisce l'iscrizione al registro sommozzatori in servizio locale solo agli operatori che prestano servizio all'interno dei porti, senza un preciso limite di profondità, essendo quest'ultima, nella maggioranza dei casi, circoscritta a pochi metri: esso appare, quindi, inadeguato a definire competenze e sicurezza dei lavoratori stessi, se devono svolgere mansioni di carattere superiore, cioè attività fuori dall'ambito portuale;

l'iscrizione al repertorio telematico della Regione Siciliana, prevista dalla legge regionale n. 7 del 2016, rappresenta il requisito minimo per la corretta applicazione del decreto legislativo n. 81 del 2008, recante il testo unico in materia di sicurezza sul lavoro, perché garantisce ai lavoratori un idoneo livello di esperienza volto alla tutela sia del datore di lavoro, in quanto gli garantisce un livello di competenza, affinché possa operare in sicurezza, sia alle istituzioni che attualmente espongono i lavoratori del settore a gravi rischi;

tale iscrizione diventa obbligatoria per il rispetto del decreto legislativo n. 81 per tutti gli operatori delle aziende che operano fuori dai porti in Italia, come per esempio aziende iscritte nella categoria merceologica "acquacoltura" in acqua di mare, salmastra o lagunare, piccole o grandi imprese

di lavori subacquei, ma anche negli impianti *offshore*, operanti fuori dall'area portuale;

in Italia, la legge regionale è prevista dall'art. 117 della Costituzione ed ha la stessa posizione nella gerarchia delle fonti del diritto della legge ordinaria statale; la legge regionale n. 7 del 2016 della Regione Siciliana, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del decreto legislativo n. 81 del 2008, costituisce in Italia l'unico atto legislativo relativo ai contenuti della formazione inerente al settore della subacquea industriale;

anche se, in sintesi, la formazione di un lavoratore genericamente deve avvenire secondo i programmi dell'accordo Stato-Regioni n. 221 del 21 dicembre 2011, eventualmente integrato da addestramento, come stabilito dal comma 5 dell'articolo 37 del decreto legislativo n. 81 del 2008, l'accordo medesimo non disciplina la formazione prevista dai titoli successivi al titolo I del decreto legislativo n. 81 del 2008 e soprattutto da altre norme, relative a mansioni o attrezzature particolari, che individuano in modo puntuale le caratteristiche dei corsi (durata, contenuti, eccetera), motivo per cui la citata legge regionale riporta automaticamente al decreto legislativo;

l'accordo Stato-Regioni n. 221 recita: "Qualora il lavoratore svolga operazioni e utilizzi attrezzature per cui il D. Lgs. 81/08 preveda percorsi formativi ulteriori, specifici e mirati, questi andranno ad integrare la formazione oggetto del presente accordo, così come l'addestramento di cui al comma 5 dell'articolo 37 del D. Lgs. 81/08";

da notizie in possesso dell'interrogante, l'attuale formulazione di tutte queste ordinanze non offre le garanzie relative alla sicurezza dei lavoratori, già previste dal decreto legislativo n. 81, visto che l'autorizzazione delle Capitanerie di porto permette agli OTS di immergersi fuori dall'ambito portuale come lavoratori iscritti al registro sommozzatori e non al repertorio telematico della Regione Siciliana, oltre a violare il principio per cui la norma di fonte inferiore, non potendo porsi in contrasto con la norma di fonte superiore, rende corresponsabili le stesse insieme all'azienda appaltatrice, di mancata applicazione del decreto legislativo n. 81 del 2008;

la formazione che deve ricevere un lavoratore che effettua un'attività subacquea fuori dall'ambito portuale, affinché si ottemperi ai requisiti previsti dal decreto legislativo, non può fare riferimento al decreto ministeriale 13 gennaio 1979, che, all'art. 2 specifica "I sommozzatori in servizio locale esercitano la loro attività entro l'ambito del porto", ma alla legge regionale siciliana n. 7 del 2016, all'interno della quale vengono definiti i livelli di addestramento e di qualifica, con percorsi formativi minimi, che garantiscono ai lavoratori un idoneo livello di esperienza volto alla tutela sia del datore di lavoro, in quanto gli garantisce un livello "minimo" di competenza per operare in sicurezza, sia alle istituzioni che attualmente spongono i lavoratori del settore a gravi rischi, a causa delle diverse ordinanze emesse per queste attività, dalle molteplici Capitanerie di porto sul territorio nazionale italiano;

di conseguenza, attualmente, soltanto i lavoratori iscritti al repertorio telematico gestito dall'Assessorato per il lavoro della Regione Siciliana e in

possesto della *card* di "*commercial diver* italiano" possono essere considerati idonei per effettuare un tipo di attività fuori dalle aree portuali;

l'interrogante, con precedenti atti di sindacato ispettivo 4-05973 e 4-06112, che non hanno ancora ricevuto risposta, aveva già denunciato l'annosa problematica dei sommozzatori e dei lavoratori subacquei, dopo l'emanazione di una legge regionale succedanea alla normativa nazionale, e richieste simili sono state presentate anche alla Camera dei deputati con interrogazione a risposta scritta 4-14708 del 3 novembre 2016;

a giudizio dell'interrogante, la situazione creatasi in seguito alla promulgazione della legge regionale e la non impugnativa deliberata dal Consiglio dei ministri ha originato numerosi squilibri, che andrebbero sanati con l'adozione di un provvedimento legislativo nazionale consono, da un lato, a riconoscere diritti, doveri e compiti dei lavoratori e, dall'altro, a tutelare i datori di lavoro da possibili incidenti durante tali attività, presentando anche un apposito disegno di legge, che normalizzi la grave situazione italiana in questo settore, omogeneizzando la legge n. 7 del 2016 della Regione Siciliana che riguarda l'aspetto formativo, visto che la materia della formazione e della qualificazione professionale, rientrando nella competenza generale residuale delle Regioni, non può essere oggetto di intervento normativo da parte dello Stato, con l'aspetto puramente lavorativo e di sicurezza, competenza dello Stato italiano,

si chiede di sapere:

quali orientamenti i Ministri in indirizzo intendano esprimere in riferimento a quanto esposto e quali iniziative vogliano intraprendere, nell'ambito delle proprie competenze, per porre rimedio all'annosa questione che vede coinvolti sommozzatori e lavoratori subacquei;

se intendano procedere con la revoca immediata ed urgente di tutte le ordinanze che espongono i lavoratori a gravi rischi, perché autorizzati a svolgere mansioni sovrastanti la loro formazione di OTS;

se intendano adeguare tali ordinanze con la richiesta da parte delle Capitanerie di porto della *card* di *commercial diver* italiano, secondo i limiti di profondità attesi dalla mansione di lavoro svolta, prevista dalla legge n. 7 del 2016 della Regione Siciliana.

(4-07161)

DONNO, GIARRUSSO, ENDRIZZI, PUGLIA, PAGLINI, MORONESE - *Ai Ministri dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e della salute* - Premesso che, a quanto risulta agli interroganti:

come documentato da una missiva del Comune di Rutigliano (Bari) del 4 giugno 2013, recante ad oggetto "Impianto di depurazione di Casamassima. Richiesta di sospensione lavori", il 2 ottobre 2008 veniva recapitata al Comune stesso una lettera dell'Acquedotto Pugliese, con la quale si trasmetteva il progetto relativo alla costruzione del collettore di scarico

dell'impianto di depurazione a servizio del Comune di Casamassima e si richiedeva un parere dell'amministrazione al riguardo;

successivamente, in data 6 novembre 2008, si riuniva il Consiglio comunale di Rutigliano, che all'unanimità esprimeva parere negativo sul progetto. Tra le motivazioni veniva precisato che: "a) il progetto in questione non era previsto nel "Piano di Tutela delle Acque Regionale", tant'è che il Commissario Delegato con Decreto 195 del 18/06/2002 aveva approvato e finanziato, in conformità al piano stesso, un progetto preliminare per la realizzazione di un collettore intercomunale, con recapito finale a mare, a servizio dei comuni di Gioia del Colle, Acquaviva, Putignano, Sammichele e Casamassima; b) il progetto era carente delle valutazioni sull'effetto dello scorrimento dell'acqua nell'alveo della lama San Giorgio, con particolare riferimento all'impatto sulla vegetazione e sulla fauna, considerato che il letto alluvionale è prevalentemente secco durante tutto l'anno; c) il progetto non teneva conto delle proprietà private esistenti lungo la lama e nulla diceva in riferimento ad eventuali accorgimenti di messa in sicurezza di attraversamenti pedonali e carrabili; d) il progetto non prevedeva nulla sull'ipotesi di scarichi non conformi, così come previsto dal D.lgs. 152/06, che avvengono durante la gestione ordinaria di un impianto di depurazione, sversando acque non purificate e raffinate, con gravi conseguenze di tipo igienico e sanitario; e) il progetto non diceva nulla in ordine alla gestione e manutenzione ordinaria e straordinaria della lama; f) il progetto era incompatibile con la procedura di istituzione della "Riserva naturale protetta di Lama San Giorgio", avviata dal Comune di Rutigliano e dagli altri comuni interessati dal passaggio della lama, fin dal 2003 e, a tutt'oggi, non ancora approvata dalla Regione Puglia";

il 12 giugno 2009, il commissario delegato, Nichi Vendola, con decreto n. 92, approvava il progetto del depuratore di Casamassima e del collettore di scarico in Lama San Giorgio, contestualmente dando mandato all'Acquedotto Pugliese di realizzare l'opera e prevedendo testualmente "di dare atto che l'approvazione del progetto in esame sostituisce visti, pareri, autorizzazioni e concessioni di organi regionali, provinciali e comunali e costituisce, ove occorra, variante allo strumento urbanistico comunale", di fatto estromettendo tutti gli attori interessati, compreso il Comune di Rutigliano, dalla procedura amministrativa;

in seguito, nell'aprile 2011, "la ditta appaltatrice per ordine dell'Acquedotto Pugliese iniziava le opere di scavo e messa a dimora della tubazione interrata dal depuratore fino al Vallone Guidotti e, dopo diverse manifestazioni di protesta civile organizzate dal comitato 'Salviamo Lama san Giorgio', i lavori furono sospesi per carenza del parere archeologico". Dopo la sospensione dei lavori "veniva attivata una conferenza dei servizi, presieduta dall'assessore regionale Fabiano Amati, con l'ausilio di un tavolo tecnico composto dai tecnici degli Enti interessati, che preliminarmente verificò la disponibilità dei comuni percorsi dalla Lama a riconsiderare ed accertare il progetto del collettore intercomunale, così come previsto nel Piano di Tutela delle Acque già menzionato e, contestualmente, propose una soluzione

temporanea per lo sversamento dei reflui direttamente in falda, attraverso delle trincee drenanti nelle immediate vicinanze del depuratore". Al riguardo, si individuaronο 2 aree immediatamente utilizzabili, una di 10.000 metri quadri di proprietà AQP e l'altra di 30.000 metri quadri di proprietà di un privato, disponibile ad una cessione bonaria e soluzione, per la quale il Comune di Rutigliano si fece carico di incaricare a proprie spese un geologo per i rilievi necessari. Tali soluzioni, tuttavia, non furono accolte;

come evidenziato in un documento di Acquedotto Pugliese del 3 settembre 2015, recante "Programma di interventi urgenti di cui all'art. 141, comma 4, della legge 23.12.2000 n. 388. Lavori di adeguamento al decreto legislativo n. 152/99 degli impianti ricadenti nell'ambito territoriale n. 5. Impianto di depurazione a servizio del Comune Casamassima - Riscontro osservazioni procedura verifica assoggettabilità a VIA", nel luglio 2014, "in prefettura, si giunse ad un accordo che presumibilmente avrebbe potuto risolvere la problematica vista la presenza al tavolo di alcune delle autorità locali interessate. In particolare il tavolo ipotizzò che lo spostamento del punto di scarico in un punto più a valle (condiviso con le autorità locali presenti) e la notevole riduzione degli impatti rivenienti dallo scarico delle acque nella lama tramite la realizzazione di sistemi di trincee drenanti a monte (lo scarico della lama sarebbe stato utilizzato solo in caso di emergenza) avrebbe potuto trovare il gradimento del territorio, delle associazioni e della cittadinanza. Inoltre per valorizzare la risorsa idrica si decise di avviare la valutazione della possibilità di riutilizzo irriguo delle acque nell'importante comparto agricolo presente nel circondario del depuratore e del recapito finale". Dunque, "in tale occasione ed in virtù di una presunta condivisione della soluzione si concluse che AQP avrebbe dovuto presentare 2 progetti: il primo relativo alla costruzione di trincee drenanti che potessero consentire l'avvio dell'impianto nel più breve tempo possibile e il secondo relativo allo spostamento del punto di recapito in Lama San Giorgio in un nuovo punto più a valle rispetto al punto in progetto, condiviso con il sindaco di Rutigliano. Tali due progetti (...) nella conferenza di servizi per la verifica di assoggettabilità a VIA del 23/01/2015, furono unificati per gli aspetti ambientali relativi alla verifica di assoggettabilità a VIA in un unico procedimento";

al riguardo, Acquedotto Pugliese concludeva che "qualunque soluzione sarà scelta dall'amministrazione competente (scarico in lama o in trincea), sarà comunque migliorativa tecnicamente e ambientalmente rispetto alla situazione esistente, che implica lo scarico nel sottosuolo di acque non adeguatamente depurate, pur essendo stato realizzato da questa società un impianto tecnologicamente all'avanguardia e in grado di licenziare uno scarico assolutamente conforme alla normativa di settore";

considerato che:

nel "Report dello stato della depurazione in Puglia" dell'Autorità idrica pugliese del 23 giugno 2016 è stabilito che "allo stato attuale continuano a persistere situazioni in cui il trattamento depurativo è costituito esclusivamente da un trattamento primario. Si tratta di impianti che continua-

no ad essere eserciti in attesa che siano attivati i nuovi impianti progettati per rilasciare un refluo conforme alla Direttiva e ai più stringenti livelli di qualità previsti dalla normativa nazionale e regionale". In riferimento al depuratore di Casamassima, quale impianto con trattamento primario, vengono riportate le seguenti azioni correttive: "P0069 - Adeguamento Impianto depurativo di Casamassima (Ambito 5); P1176 Realizzazione delle trincee disperdenti, quale recapito temporaneo dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Casamassima";

all'uopo, viene precisato che, sotto il profilo degli *stress* ambientali, "persistono ancora n. 7 casi di scarico diretto nel sottosuolo. Si tratta per lo più di impianti che continuano ad essere mantenuti in attesa che vengano avviati i nuovi impianti", tra cui si annovera anche l'impianto di depurazione di Casamassima vecchio;

viene, altresì, rappresentato che "il Commissario delegato per l'Emergenza Ambientale ha rilasciato autorizzazioni in deroga al Dlgs. n. 152/2006 per impianti che scaricano ancora nel sottosuolo, oramai scadute al 31.12.2014; specificatamente per gli impianti di Carovigno vecchio (che resta in servizio per il solo abitato di Carovigno, in attesa che sia completato il collettamento al nuovo depuratore), Casamassima Vecchio, Cassano delle Murge Vecchio, Manduria Vecchio, Martina Franca e Uggiano la Chiesa";

considerato, inoltre, che:

l'intera Puglia risente di una drammatica gestione dei depuratori;

attualmente, lo Stato italiano è sotto procedura d'infrazione per quanto riguarda un'errata attuazione e applicazione della direttiva 1991/271/CE, relativa al trattamento delle acque reflue urbane. Tra i contenziosi europei vi sono: la procedura d'infrazione n. 2014/2059, giunta allo stato di parere motivato, ai sensi dell'articolo 258 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, e la procedura d'infrazione n. 2009/2034, su cui si è pronunciata la Corte di Giustizia dell'Unione europea con una sentenza,

si chiede di sapere:

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

quale sia il motivo per cui, nonostante la sussistenza di procedure d'infrazione attivate all'uopo dalla Commissione europea, persistano ancora, in Puglia, dei casi di scarico diretto nel sottosuolo e per quale ragione le prescrizioni relative agli interventi di scarico dei reflui siano state pedissequamente disattese dai soggetti e dalle autorità coinvolte;

se, nell'ambito delle rispettive competenze, non ritengano opportuno verificare se, con precipuo riferimento al depuratore di Casamassima, la Regione Puglia, di concerto con i Comuni coinvolti, abbia individuato o intenda individuare misure di immediata applicazione a vantaggio dell'ambiente, dell'ecosistema e che rispettino il dettato normativo del codice dell'ambiente (di cui al decreto legislativo n. 152 del 2006) e se non ritengano essenziale assumere ogni intervento necessario e di pertinenza, al fine di garantire un'effettiva protezione e salvaguardia dell'area, attivando politiche che con-

trastino concretamente la compromissione dell'equilibrio ambientale e che tutelino la salute dei cittadini;

quali iniziative di competenza intendano intraprendere, al fine di efficientare le modalità gestionali dei depuratori dell'intero territorio pugliese, in un'ottica di recupero funzionale dei reflui, nonché di rispetto del benessere dell'intera comunità locale.

(4-07162)

VACCARI, FABBRI, Stefano ESPOSITO, ANGIONI, BERTUZZI, Gianluca ROSSI, LAI, SPILABOTTE, FASIOLO, PAGLIARI, CALEO, AMATI, PIGNEDOLI, PEZZOPANE, PUPPATO, GIACOBBE, D'ADDA
- *Al Ministro dell'interno* - Premesso che:

secondo le statistiche ufficiali del Corpo nazionale dei Vigili del fuoco, la media annua di interventi su tutto il territorio nazionale è pari a 836.678, dato che si traduce in una media giornaliera di 2.292 interventi;

questa mole di lavoro è suddivisa attualmente tra 26.146 unità operative, dalle quali va decurtato il 5 per cento di personale parzialmente idoneo al servizio operativo e circa 2.820 unità che prestano servizio nei 38 distaccamenti aeroportuali distribuiti su tutto il territorio e che non intervengono per il normale soccorso tecnico urgente, data la loro specificità e competenza;

considerato che:

un potenziamento di 3.000 unità è necessario e pienamente congruo con l'assorbimento della graduatoria di 814 Vigili del fuoco;

tale graduatoria comprende al suo interno 2.800 civili con un'età media di 33 anni, quindi un'età giovane rispetto alla media del Corpo, e 290 vigili discontinui nella sola riserva del 25 per cento;

l'8 febbraio 2017, durante l'incontro delle organizzazioni sindacali con il Ministro in indirizzo ed alla presenza del sottosegretario Bocci, sarebbe stato dichiarato che circa 23 milioni di euro sono stati stanziati per assunzioni extra *turnover* nel bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 ed 80 milioni di euro per il 2018;

le autorità avrebbero dichiarato che nel solo 2017 ci saranno nuove 1.700 assunzioni, quindi questo esclude di fatto i corsi "79" ed "80" in quanto coperti da fondi precedentemente individuati e non riconducibili alla legge di bilancio per il 2017;

attualmente, le strutture centrali e periferiche sono occupate da due corsi: il "79" per 400 unità e l'"80" per 448 unità e saranno libere integralmente tra luglio ed inizio agosto 2017;

i fondi indicati possono coprire il costo delle 1.700 unità promesse solo per 3 mesi (coprendo il costo del corso di formazione oltre al costo unitario mensile per unità per tre mesi, per un totale di 23 milioni di euro);

considerato inoltre che:

il calcolo relativo alle cessazioni 2016 e all'immissione in ruolo 2017 è pari a circa 350 unità;

solo nel 2011 si sono avute ammissioni al corso per un numero di unità simili (1.530 unità) a quelle promesse solo per il 2017 (1.700 unità) e furono strutturati due corsi, uno ad aprile per 848 unità ed uno ad ottobre sempre del 2011 di 700 unità, per ovvi limiti organizzativi di personale istruttore e logistica,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo intenda confermare i dati esposti;

come intenda organizzare la chiamata a corso delle unità indicate e se sia necessario individuare anticipi di fondi per permettere la chiamata al corso di 700 unità nel primo semestre 2017 e delle successive unità a fine anno.

(4-07163)

BUCCARELLA, LEZZI, BULGARELLI, SCIBONA, PUGLIA, CASTALDI, LUCIDI, GIARRUSSO, SANTANGELO, CAPPELLETTI, TAVERNA, PAGLINI, AIROLA, DONNO, MORONESE, GAETTI, MORRA - *Al Ministro dell'interno* - Premesso che:

l'articolo 3 del decreto-legge n. 345 del 1991, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 410 del 1991, poi confluito nel decreto legislativo n. 159 del 2011, ha disposto l'istituzione della Direzione investigativa antimafia (DIA) nell'ambito del Dipartimento della pubblica sicurezza del Ministero dell'interno, con il compito di assicurare lo svolgimento, in forma coordinata, delle attività di investigazione preventiva attinenti alla criminalità organizzata, nonché di effettuare indagini di polizia giudiziaria relative esclusivamente a delitti di associazione di tipo mafioso o comunque ricollegabili all'associazione mafiosa;

alla DIA sono assegnate le funzioni di analisi dei fenomeni criminali di stampo mafioso, nonché di studio e approfondimento dei relativi processi evolutivi, al fine di orientare tempestivamente le investigazioni giudiziarie in modo da contrastare più efficacemente la criminalità mafiosa;

la DIA è articolata su tutto il territorio nazionale in 12 centri operativi e 9 sezioni distaccate, i cui funzioni e compiti sono opportunamente ripartiti per assicurare un'efficiente copertura operativa ed un ampio raggio dell'azione investigativa, in stretta collaborazione con le altre forze di polizia;

considerato che:

in data 31 luglio 2014, la Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali, anche straniere, con il fine di assumere informazioni utili ad ottenere un quadro generale re-

lativo ad uno dei territori maggiormente interessati da fenomeni di tipo mafioso, ha visitato la città di Foggia;

durante la visita, ha potuto verificare la grave situazione di una provincia, qual è quella di Foggia, che presenta caratteri di notevole criticità data la presenza di sodalizi criminali che da tempo compromettono il pieno sviluppo economico e imprenditoriale nel territorio foggiano;

la criminalità organizzata presente in provincia di Foggia non è assimilabile ad altre realtà del territorio nazionale, poiché caratterizzata da notevole frammentazione dei sodalizi criminosi, dalla capacità di diversificare e variare i propri interessi e così rinnovarsi;

recenti inchieste relative alla "mafia foggiana" hanno consentito di accertare l'attuazione di proficue alleanze economiche con importanti cartelli mafiosi, come il *clan* dei Casalesi, l'infiltrazione all'interno delle pubbliche amministrazioni, con particolare riferimento alle attività di raccolta e di trasporto dei rifiuti solidi urbani della città di Foggia, nonché lo spostamento di ingenti capitali all'interno dei settori strategici dell'economia locale e nazionale;

in data 7 marzo 2017 è stata approvata all'unanimità la mozione presentata in Consiglio regionale dal Movimento 5 Stelle che impegna la Regione Puglia ad adottare tutti gli atti necessari al fine di istituire un presidio DIA e una sezione del servizio centrale operativo (SCO) sul territorio di Foggia;

considerato inoltre che:

a parere degli interroganti, è necessaria la predisposizione di misure ancor più efficaci di contrasto del fenomeno mafioso nella provincia di Foggia, con riferimento sia alle indagini penali sia a quelle patrimoniali, assicurando così le necessarie condizioni di sicurezza e libero sviluppo del territorio;

secondo quanto risulta agli interroganti, è stata già approvata dalla I Commissione permanente (Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e interni) della Camera dei deputati la risoluzione 7-00894 presentata dall'on. D'Ambrosio e volta all'istituzione della sezione operativa della DIA presso la città di Foggia;

l'istituzione di una sezione operativa della DIA e di una sottosezione della sezione criminalità organizzata doterebbe l'apparato investigativo e di sicurezza della provincia di Foggia maggiormente efficace e completo così come creerebbe un supporto ulteriore alla Direzione distrettuale antimafia della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bari,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo intenda dare immediata attuazione all'impegno assunto con la risoluzione 7-00894, anche in considerazione della citata mozione approvata all'unanimità dal Consiglio regionale della Puglia,

ponendo in essere tutte le attività necessarie e propedeutiche all'istituzione della sezione operativa;

se non ritenga opportuno procedere, nell'ambito delle proprie competenze, all'adozione degli atti necessari all'istituzione di una sezione operativa della Direzione investigativa antimafia, con una dotazione organica adeguata, presso la città di Foggia;

quali iniziative, nell'ambito delle rispettive attribuzioni, intenda assumere al fine di dotare la città di Foggia e la sua provincia di una sottosezione della sezione criminalità organizzata, nell'ambito della distribuzione territoriale del servizio centrale operativo.

(4-07164)

Interrogazioni, da svolgere in Commissione

A norma dell'articolo 147 del Regolamento, le seguenti interrogazioni saranno svolte presso le Commissioni permanenti:

6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

3-03575, del senatore Panizza, sulla partecipazione delle associazioni culturali al riparto del 2 per mille Irpef per l'anno finanziario 2017;

7ª Commissione permanente (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport):

3-03573, della senatrice Favero ed altri, sul riconoscimento dei titoli di "operatore dei servizi sociali", di "tecnico dei servizi sociali" e di "tecnico dei servizi socio-sanitari";

12ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

3-03574, del senatore Orellana, sull'inclusione dei presidi per pazienti diabetici nei livelli essenziali di assistenza (LEA) .

Interrogazioni, ritiro

È stata ritirata l'interrogazione 3-03544 della senatrice Fasiolo.

È stata ritirata l'interrogazione 4-07124 della senatrice Catalfo e del senatore Giarrusso.