

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XV LEGISLATURA —————

Martedì 17 aprile 2007

alle ore 16,30

141^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

- I. Seguito della discussione delle mozioni nn. 51 della senatrice De Petris ed altri, 68 del senatore Polledri ed altri, 82 del senatore Marcora ed altri e 91 del senatore Scarpa Bonazza Buora ed altri, sull'industria agro-alimentare (*testi allegati*).**

- II. Discussione delle mozioni nn. 45 della senatrice Bianconi ed altri, 87 della senatrice Serafini ed altri e 89 della senatrice Valpiana ed altri, sulla medicina di genere (*testi allegati*).**

- III. Discussione delle mozioni nn. 88 del senatore Tofani ed altri, 90 della senatrice Bianconi ed altri, 94 del senatore Silvestri ed altri, sul papilloma virus (*testi allegati*).**

MOZIONI SULL'INDUSTRIA AGRO-ALIMENTARE

(1-00051) (21 novembre 2006)

DE PETRIS, MARCORA, NARDINI, PIGNEDOLI, MASSA, LIOTTA, GASBARRI, RANDAZZO, DE ANGELIS, BOSONE, RIPAMONTI, PECORARO SCANIO, DONATI, BULGARELLI, BATTAGLIA Giovanni, LADU, MONGIELLO, FERRANTE, GALARDI, VITALI, BINETTI, MONTINO, FONTANA, PAPANIA, FILIPPI, RUBINATO, SODANO, DI SIENA, CARLONI, VALPIANA, PICCIONI, BASSOLI, SILVESTRI, TIBALDI, TOFANI, CAPRILI, PELLEGGATTA, TURIGLIATTO, BAIIO, DIVINA, TECCE, PETERLINI, TREU, BENVENUTO, THALER AUSSERHOFER, MANNINO, LEGNINI, POLLASTRI, BALDASSARRI, COSSUTTA, GRILLO, IZZO, RAMPONI, BARBATO, CUSUMANO, ALLEGRINI. – Il Senato,

premessi che:

il diritto all'informazione viene considerato uno dei pilastri su cui si fondano la protezione e la promozione degli interessi dei consumatori;

la più recente legislazione nazionale in materia di etichettatura dei prodotti alimentari è caratterizzata dalla crescente attenzione verso le attese del consumatore in termini di conoscenza, sicurezza alimentare e ricerca di prodotti di qualità;

nel settore agroalimentare, per la stessa peculiarità del suo oggetto, l'alimento, e cioè il bene che si radica maggiormente nelle specificità delle colture e dei territori, i consumatori manifestano un maggior bisogno di conoscenza sull'origine dei prodotti, risultando l'indicazione geografica determinante nelle scelte di acquisto;

con la legge 3 agosto 2004, n. 204, è stato sancito il principio dell'indicazione obbligatoria nell'etichettatura del luogo di origine o di provenienza dei prodotti alimentari, demandando a successivi decreti interministeriali la definizione delle relative modalità riferite a ciascuna filiera agroalimentare;

in tale ottica, l'articolo 1-ter della citata legge n. 204 individua negli oli di origine vergini ed extravergini il prodotto su cui operare «prioritariamente», tenuto conto dell'elevato numero di casi di contraffazione che si registrano nel settore;

la Direzione generale dell'agricoltura e dello sviluppo rurale della Commissione europea, con comunicazione del 13 ottobre 2006, ha chiesto, tramite la Rappresentanza permanente per l'Italia «se le autorità italiane competenti hanno intenzione di procedere all'abrogazione formale della legge in parola», prospettando l'avvio di una procedura di infrazione ai sensi dell'articolo 226 del Trattato UE, pur avendo la disciplina comunitaria già introdotto l'obbligo di origine in etichetta per produzioni agroalimentari di notevole rilevanza,

impegna il Governo:

a non assumere iniziative dirette all'abrogazione della legge 3 agosto 2004, n. 204;

ad adoperarsi per sostenere in sede comunitaria tale provvedimento che non persegue scopi di tutela commerciale, e che si pone come strumento per favorire il corretto esercizio della libertà del consumatore di effettuare una scelta consapevole, come prevenzione della contraffazione, nonché come importante fattore di sviluppo per l'impresa agroalimentare nazionale che fonda sulla qualità e sulla distinzione i suoi vantaggi competitivi;

ad emanare il decreto sulla definizione dei criteri per l'indicazione obbligatoria nell'etichettatura degli oli di oliva vergini ed extravergini del luogo di coltivazione e di molitura delle olive;

ad intervenire in tutte le istanze dell'Unione europea per estendere l'etichettatura di origine ai prodotti agroalimentari ancora non soggetti a tale obbligo.

(1-00068) (Testo 2) (20 marzo 2007)

POLLEDRI, PIROVANO, DIVINA, GABANA, FRANCO Paolo, GALLI, LEONI, STIFFONI, DAVICO, LOSURDO, ALLEGRINI. – Il Senato,

premesso che:

la produzione orticola della UE è determinata per circa il 24% dall'Italia che, in tale settore, riveste il ruolo di principale Paese produttore, seguito da Spagna e Francia;

il pomodoro da industria è la principale coltivazione orticola italiana, occupando il 22,8% delle superfici investite ad ortaggi ed incidendo per il 45,2% sulla quantità e per il 16,6% sul valore della produzione orticola nazionale;

i prodotti di trasformazione dei pomodori da industria e, in specie, le conserve rappresentano la terza voce dell'*export* agroalimentare italiano con un'incidenza media, negli ultimi dieci anni, del 4,7% sul valore totale delle esportazioni agroalimentari nazionali;

più del 42% della produzione di pomodoro da industria si concentra in tre regioni (Emilia Romagna, Campania e Puglia), dove, di conseguenza, rappresenta un settore di particolare rilevanza ai fini delle dinamiche economiche ed occupazionali per numerose realtà locali;

il processo di liberalizzazione degli scambi, da anni in atto a livello mondiale, ha pienamente coinvolto anche i prodotti agricoli ed agroalimentari che, al pari delle altre merci, sono soggetti alle regole multilaterali sul commercio fissate in sede di WTO;

negli ultimi quindici anni le evoluzioni degli accordi multilaterali sul commercio hanno imposto tre successive riforme della politica agricola comunitaria (PAC) che ne hanno, di fatto, stravolto l'originaria impostazione, trasformandola da politica di sostegno alla produzione agricola in politica di aiuto al reddito degli agricoltori;

a seguito dell'ultima riforma della PAC, realizzata nel 2003, gli agricoltori interessati alle principali produzioni agricole ricevono un aiuto indipendentemente dal fatto di svolgere l'attività produttiva, nel rispetto del cosiddetto principio del disaccoppiamento, principio che, ormai, si è deciso di estendere anche alle principali organizzazioni comuni di mercato rimaste escluse dalla suddetta riforma, prima fra tutte quella dei prodotti ortofrutticoli;

nell'ambito del nuovo contesto venutosi a creare a seguito della riforma della PAC, specie nei settori maggiormente esposti alla concorrenza estera, vi sono gli agricoltori che ritengono più conveniente abbandonare la produzione e ricevere l'aiuto al reddito previsto dalla stessa PAC;

l'apertura di nuovi mercati ha determinato, anche per il settore del pomodoro da industria, una situazione di crescente concorrenza da parte non solo dei tradizionali Paesi produttori, ma anche di nuove realtà produttive che, proprio grazie alla liberalizzazione in atto, riescono più facilmente che in passato a presentarsi in posizione fortemente competitiva non solo sui mercati esteri, ma anche su quello interno;

nell'attuale fase di crescente apertura dei mercati, una larga parte dell'agricoltura italiana, e in specie quella interessata alla produzione di prodotti agricoli di base, tra i quali vi è anche il pomodoro da industria, accusa evidenti ed insormontabili difficoltà a misurarsi con la concorrenza unicamente sotto il profilo dei costi di produzione;

per fare fronte alle difficoltà di cui sopra, il Legislatore è intervenuto con la legge 204/2004, di conversione del decreto-legge 157/2004, con la quale ha regolamentato l'utilizzo della dizione «passata di pomodoro» al fine di consentire ai produttori italiani di poter contare sulle necessarie garanzie per qualificare i loro prodotti e per difenderli da forme di concorrenza chiaramente sleali;

le possibilità offerte dalla legge 204/2004, sebbene importanti, non sono tuttavia risultate sufficienti a fornire tutti gli strumenti di cui i produttori necessitano per poter concretamente e decisamente intraprendere un percorso di qualificazione delle loro produzioni fondato sulla valorizzazione del rapporto con il territorio e, quindi, dell'origine della materia prima,

impegna il Governo:

ad adottare tutte le iniziative affinché, nel quadro della riforma dell'organizzazione comune di mercato dei prodotti ortofrutticoli, l'eventuale introduzione dei regimi di aiuto disaccoppiato sia accompagnata da misure che consentano di favorire il mantenimento e la valorizzazione delle attività produttive agricole e, in specie, della coltivazione del pomodoro da industria;

ad adottare tutte le iniziative necessarie a dare, finalmente, attuazione alle norme sull'indicazione dell'origine dei prodotti alimentari e delle materie prime agricole contenute nella legge 204/2004 e, in ogni caso, a prevedere specifici interventi sul mercato italiano ed estero per favorire la qualificazione dei prodotti ottenuti attraverso la trasformazione di pomodori di origine nazionale;

a studiare piani di settore che mirino all'efficienza ed all'ammmodernamento del comparto della trasformazione, utilizzando anche risorse nazionali, come già avvenuto in Spagna, per mantenere la competitività del prodotto italiano;

a non utilizzare, in alcun modo, per comparti diversi, le risorse già destinate al pomodoro.

(1-00082) (Testo 2) (12 aprile 2007)

MARCORA, PIGNEDOLI, DE PETRIS, NARDINI, BATTAGLIA Giovanni, LADU, MASSA, RANDAZZO, BOSONE, BARBATO. – Il Senato,

premessi che:

l'Italia rappresenta il primo Paese produttore europeo di ortofrutta, contribuendo per il 24,3% alla produzione complessiva di ortaggi dell'UE a 25, mentre per la frutta rappresenta il 29% della produzione complessiva;

il comparto dell'ortofrutta contribuisce, con oltre 10 miliardi di euro, per il 22% del valore della produzione agricola complessiva del nostro Paese;

la ripartizione della produzione ortofrutticola italiana a livello territoriale evidenzia una rilevante importanza per alcune Regioni, che registrano una quota significativa delle superfici investite in ambito nazionale, che sono pari a circa 530.000 ettari per gli ortaggi e le patate e a circa 650.000 ettari per la frutta;

il pomodoro da industria rappresenta la principale coltura orticola italiana, con il 22,8% delle superfici complessivamente investite ad ortaggi e con il 45,2% in termini di quantità e con il 16,6% in termini di valore della produzione orticola nazionale;

i prodotti finiti ottenuti dalla trasformazione dei pomodori da industria rappresentano una voce importante dell'*export* agroalimentare italiano;

gli impegni assunti e i negoziati in atto in sede OMC hanno determinato la riforma della politica agricola comunitaria (PAC), che ha segnato il passaggio da una politica di aiuti alla produzione a una politica di aiuti al reddito degli agricoltori;

in ambito comunitario si è deciso di estendere questi principi anche alle principali organizzazioni comuni di mercato non trattate dalla suddetta riforma, prima fra tutte quella dei prodotti ortofrutticoli;

in questo quadro assume particolare rilievo l'obiettivo di introdurre in ambito comunitario l'indicazione dell'origine dei prodotti, al fine di consentire ai produttori italiani le necessarie garanzie per qualificare i loro prodotti e per difenderli da forme di concorrenza chiaramente sleali;

peraltro un immediato disaccoppiamento totale degli aiuti ai prodotti trasformati può provocare, in particolare per il settore del pomodoro da industria, una contrazione troppo violenta della produzione ed uno squilibrio della filiera, con tutte le conseguenze economiche e sociali

che, vista l'importanza dello stesso settore, si riverseranno sui territori interessati e, più in genere, sull'intera economia nazionale,

impegna il Governo:

ad adottare tutte le iniziative affinché, nel quadro della riforma dell'organizzazione comune di mercato dei prodotti ortofrutticoli, l'introduzione dei regimi di aiuto disaccoppiato sia graduale per il pomodoro da industria, applicando per un periodo transitorio una formula di disaccoppiamento parziale;

ad adottare tutte le iniziative affinché all'interno della riforma dell'organizzazione comune di mercato dei prodotti ortofrutticoli siano previste misure di accompagnamento in grado di garantire l'integrità della filiere ortofrutticole (dalla produzione agricola alla trasformazione e alla commercializzazione) e la tenuta dei livelli occupazionali;

ad adottare tutte le iniziative affinché all'interno della riforma dell'organizzazione comune di mercato dei prodotti ortofrutticoli venga mantenuto un ruolo centrale alle organizzazioni dei produttori, come previsto dal regolamento comunitario;

ad adottare tutte le iniziative, in ambito comunitario, necessarie a tutelare il consumatore ed il produttore, mediante norme sull'indicazione in etichetta dell'origine dei prodotti alimentari e delle materie prime agricole, come previsto dalla legge 204/2004, per favorire la qualificazione dei prodotti agroalimentari di origine nazionale;

a potenziare i controlli alle frontiere per la verifica sui prodotti ortofrutticoli importati da paesi extra UE del rispetto delle medesime norme igienico-sanitarie cui sono sottoposti i produttori italiani, per tutelare questi ultimi da forme di concorrenza sleale. Opportune iniziative vanno poi intraprese affinché analoghi controlli vengano rafforzati dall'UE rispetto ai Paesi nuovi entrati, attraverso i quali transitano prodotti ortofrutticoli extra UE destinati ai mercati europei, e per l'introduzione di *standard* comuni in sede internazionale relativi al rispetto delle Convenzioni dell'Organizzazione internazionale del lavoro;

ad attivare il Fondo per le crisi di mercato previsto nella legge finanziaria 2007, concordando con l'UE le modalità di applicazione di tale Fondo quale valido strumento di accompagnamento all'introduzione della riforma dell'organizzazione comune di mercato dei prodotti ortofrutticoli.

(1-00091) (11 aprile 2007)

SCARPA BONAZZA BUORA, BURANI PROCACCINI, COMINCIOLI, PICCIONI, SANCIU, SANTINI, SARO, ZANETTIN, ALLEGRINI. – Il Senato,

premesso che:

la proposta della Commissione europea sulla riforma dell'Organizzazione comune di mercato (OCM) del settore ortofrutticolo costituisce un buon punto di partenza negoziale, poichè conferma il *budget* finanziario del settore;

gli obiettivi della riforma sono l'orientamento al mercato della produzione, il miglioramento della competitività degli imprenditori ortofrutticoli.

coli, contribuendo ad una produzione sostenibile e competitiva sui mercati interni ed esterni; la riduzione delle fluttuazioni di reddito dovute alle crisi di mercato; l'aumento del consumo di prodotti ortofrutticoli; la semplificazione e riduzione degli oneri amministrativi e l'impegno del settore nella preservazione e tutela dell'ambiente;

occorre garantire a tutti gli imprenditori l'accesso alle misure previste dalla riforma e assicurare un'armonizzazione europea ed una coerenza con la politica di sviluppo rurale;

la riforma e la sua applicazione devono essere coerenti con la filosofia e gli strumenti adottati per le precedenti riforme, quindi le risorse devono rimanere nei singoli comparti in cui si sono originate e la riforma deve essere realizzata per durare nel tempo, dare alle imprese la possibilità di programarsi, utilizzando misure che qualifichino la spesa, quali la condizionalità, le buone pratiche agricole e il controllo degli impatti ambientali;

il processo di riforma e di applicazione dell'OCM deve essere improntato alla centralità dell'impresa ortofrutticola, senza la quale non esiste nè produzione da aggregare nè filiera, impresa che costituisce il vero patrimonio sociale ed economico del territorio;

le misure adottate e la loro applicazione nei diversi Stati membri non devono generare alterazioni distorsive del mercato interno;

il disaccoppiamento totale degli aiuti per i trasformati è il percorso adeguato per rilanciare i rapporti di filiera e permettere maggiori opportunità di scelta alle imprese agricole;

è negativa la mancanza di una norma, auspicata anche dal Parlamento europeo, che preveda l'obbligo di etichettatura di origine del prodotto agricolo utilizzato nei trasformati, perchè sempre maggiore è la pressione sul mercato italiano di prodotti derivati da semilavorati di importazione ed il consumatore non è in condizione di conoscerne la provenienza;

le organizzazioni dei produttori che funzionano svolgono un ruolo importante nella concentrazione del prodotto, per facilitare il rapporto delle imprese agricole con la distribuzione, ma anche per avere una maggiore efficacia sui mercati tradizionali e per poter cogliere tutte le opportunità possibili dell'*export*, ma ancora troppo frequentemente vi sono aggregazioni virtuali, rispetto alle quali scarse sono le ricadute sui produttori ortofrutticoli, in termini di maggiore valorizzazione delle produzioni e prezzi più remunerativi;

la quantità della produzione ortofrutticola nazionale concentrata dalle organizzazioni dei produttori è molto ridotta per cui è necessario finanziare attraverso i piani operativi le misure che hanno una ricaduta diretta sui soci, mentre le misure strutturali e per la gestione delle crisi di mercato dovrebbero essere finanziate all'interno dei piani di sviluppo rurale, per renderle accessibili a tutti gli imprenditori, anche non soci delle organizzazioni dei produttori, ed ampliare le possibilità di finanziamento, impegna il Governo:

in sede di esame della proposta della Commissione europea per la riforma dell'Organizzazione comune di mercato nel settore ortofrutticolo a

riaffermare la centralità delle imprese agricole, nel processo di riforma e di applicazione dell'OCM, garantendo possibilità di scelte produttive che consentano di affrontare il mercato nel modo da esse ritenuto più opportuno;

ad adoperarsi affinché l'OCM ortofrutta sia coerente con le precedenti riforme, per consentire alle imprese la possibilità di programarsi, utilizzando misure che qualifichino la spesa, quali la condizionalità, le buone pratiche agricole e il controllo degli impatti ambientali;

a sollecitare l'introduzione di disposizioni comunitarie per garantire che le misure e la loro applicazione nei diversi Stati membri non generino alterazioni distorsive del mercato interno;

ad operare affinché sia previsto il disaccoppiamento totale degli aiuti per i trasformati, per rilanciare i rapporti di filiera e consentire un maggiore grado di libertà nelle scelte per le imprese agricole, escludendo discrezionalità degli Stati membri, mantenendo le risorse in capo ai comparti che le hanno generate;

ad agire affinché sia previsto l'obbligo di indicare l'origine della materia agricola nell'etichettatura dei prodotti trasformati;

ad adoperarsi affinché siano finanziabili nei piani operativi le misure che hanno una ricaduta diretta sui soci, mentre gli interventi strutturali e quelli per le crisi di mercato siano finanziati con le risorse destinate ai piani di sviluppo rurale, al fine di renderne possibile l'accesso per tutte le imprese del settore ed assicurare le maggiori risorse, derivanti dal cofinanziamento dell'Unione europea e degli Stati membri.

MOZIONI SULLA MEDICINA DI GENERE

(1-00045) (26 ottobre 2006)

BIANCONI, TOMASSINI, POSSA, BONFRISCO, MONACELLI, MALAN, STRACQUADANIO, FERRARA, COLLI, LORUSSO, BURANI PROCACCINI, SCHIFANI, ALBERTI CASELLATI, BETTAMIO, REBUZZI, SANCIU, AMATO, CASOLI, SCOTTI, VEGAS, MORRA, GHIGO, CARRARA, MASSIDDA, GABANA, ASCIUTTI, CICOLANI, GENTILE, IZZO, ALLEGRINI, GRAMAZIO, STERPA, BUTTIGLIONE, COSTA, STANCA, STORACE, CURSI, MUGNAI, MATTEOLI, BUCCICO, TOTARO, MORSELLI, DELOGU, SAIA, VIZZINI, SCARABOSIO, CANTONI, MALVANO, DELL'UTRI, POLLEDRI, LEONI, SARO, PISANU. – Il Senato,

premessi che:

nell'ambito dell'«universo femminile», normalmente si parla di donne che lavorano, di donne impegnate nei più diversi settori della cultura, della politica, dell'economia, si parla di donne come fulcro fondante della famiglia, ma in campo sanitario quelle che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha specificatamente definito «differenze di genere» non sono tenute in debita considerazione;

pur riconoscendo che non esistono, in Italia, situazioni di palese discriminazione vi è comunque una molteplicità di fattori che determinano uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela alla salute;

per questa Assemblea, all'inizio del suo mandato, interrogarsi sul rilievo attribuito alla tutela della salute della donna significa rispondere ad un quesito di base. La donna come tale necessita di un'assistenza sanitaria specifica e complessiva oppure è sufficiente dedicarle spazi settoriali mirati al sostegno delle esigenze sanitarie specifiche del mondo femminile? A ciascuna di queste due opzioni corrisponde non solo un modo diverso di concepire la salute della donna nell'universo dell'assistenza sanitaria ma anche un diverso modo di interpretare e valutare la programmazione e la produzione normativa in ambito sanitario. Nella programmazione sanitaria nazionale emerge la mancanza di un approccio complessivo ai temi della salute femminile, mentre nell'ambito politico, in modo particolare in ambito parlamentare, emerge una grande attenzione al tema di provvedimenti legislativi più settoriali. Ci si augura di poter interpretare questa sensibilità come il passaggio ad una nuova cultura di programmazione sanitaria che sappia cogliere le specifiche dell'universo femminile, predisponendo una risposta assistenziale più adeguata e che tenga conto dei molteplici fattori presenti;

l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato un allarme denunciando che le donne risultano essere sempre più svantaggiate rispetto

agli uomini per tutto quanto riguarda la loro salute. Non c'è rispetto delle differenze di genere, non si tiene conto del fatto che appartenere ad un sesso rispetto ad un altro influenza la salute e la percezione stessa della salute. Non vi è quella consapevolezza che è il frutto di approccio culturale e scientifico nuovo e diverso, consapevolezza che spesso manca nelle stesse donne che sono le prime ad occuparsi della salute della famiglia trascurando la propria. Un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Dipartimento per il genere e la salute della donna, evidenzia l'importanza e la complessità del tema della diversità femminile sottolineandone l'ancora sostanziale misconoscenza e sottovalutazione. Sempre più, oggi, appare evidente che la ricerca medica è sempre stata condizionata dal genere. Gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in più sensi. Il pregiudizio di genere è evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche. Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l'efficacia relativa di trattamenti differenti. Fin quando i ricercatori considereranno gli uomini come il parametro di riferimento, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa. In conclusione le donne sono più esposte ad alcune patologie per le quali sono curate con grande attenzione ma, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro;

più di recente, il rapporto annuale dello IOM (Institute of Medicine) ha rilevato nelle proprie conclusioni che la differenza di genere apre interrogativi su molte problematiche che finora non sono state neppure immaginate. La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi la donna è *overcommitted*, si confronta, cioè, con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire, molte donne devono fare i conti con ritmi frenetici derivanti da una molteplicità di impegni, con la conseguenza di un aumento di ansia, *stress* e disturbi correlati. Infatti i disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne. Il detto comune per cui l'infarto era definito come la malattia che rende vedove, oggi non vale più. Adottare in campo medico una prospettiva di genere e ridisegnare la ricerca come strumento di conoscenza delle specificità femminili è quindi una necessità e, nel contempo, un passaggio fondamentale per pensare ad una salute anche a misura di donna;

la prima volta in cui in medicina si parla della «questione femminile», e quindi di medicina di genere, risale al 1991 quando l'allora direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica americano, Bernardine Healy, in un famoso editoriale della rivista «New England Journal of Medicine» parlò di «Yentl Syndrome» in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti del sesso femminile. La scienziata commentava due studi: nel primo si dimostrava come una serie di donne ricoverate in terapia intensiva per un episodio ischemico acuto avessero

maggiori probabilità di subire errori diagnostici e terapeutici rispetto agli uomini; nel secondo studio si sottolineava come, nonostante la diagnosi di disturbo coronarico severo, le pazienti di sesso femminile venissero invitate meno dei maschi a sottoporsi ad eventuali interventi quali *by-pass* e angioplastica. La Healy concludeva che ciò non avveniva sulla base di reali motivi clinici ma solo in relazione ad una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso «debole» (*yentl*, appunto). Anche se nessuno pensò che la direttrice parlasse di discriminazione nel vero senso della parola, da lì in poi il mondo scientifico iniziò a pensare a quale valore potesse avere l'essere donna nel trattamento della malattia coronarica. Pian piano, la critica alla medicina dal punto di vista di genere si è spostata dalla cardiologia ad altri campi, come la psichiatria, la gastroenterologia, l'oncologia. Storicamente quando venivano messi a punto nuovi studi clinici, in particolare quelli relativi all'impiego di nuovi farmaci, venivano coinvolti soggetti di sesso maschile. Questo è stato a lungo giustificato attraverso varie argomentazioni: difficoltà nell'arruolamento e nel mantenimento di un campione adeguato di donne negli studi clinici; preoccupazioni riguardo alle interferenze indotte dalle variazioni ormonali tipiche dell'organismo femminile sull'effetto delle sostanze farmacologiche da testare; preoccupazioni circa la possibilità di esporre a rischi di tossicità donne potenzialmente fertili; timore di procurare danni a tessuti fetali. Per questa serie di motivi le donne in età fertile e le donne in gravidanza sono state sistematicamente escluse dalla maggior parte degli studi clinici. Sfortunatamente se un farmaco o un presidio medico-chirurgico non è espressamente testato sulle donne non esiste modo di conoscere quali saranno le reali condizioni di efficacia e di sicurezza su di loro. Infatti in medicina, efficacia e sicurezza si misurano attraverso parametri che sono fortemente correlati a fattori come l'età, il sesso, le caratteristiche di composizione dei tessuti, che a loro volta sono associati in maniera specifica alle caratteristiche biologiche legate al sesso, come gli ormoni, o alla prevalenza nei due sessi di particolari caratteristiche (corporatura, abitudini e stili di vita, concomitanza di disturbi più frequenti in uno dei due generi, eccetera);

in Italia, nell'ambito degli studi universitari, in particolare nella Facoltà di medicina e chirurgia, non si è fatto ancora nulla per la costruzione di una «medicina di genere», cioè di una medicina che tenga conto delle fisiologiche differenze tra uomini e donne sia nella teoria che nella pratica clinica;

all'avanguardia, invece, sono gli Stati Uniti. Infatti, alla Columbia University di New York è stato recentemente organizzato un corso specifico di medicina di genere dal titolo: «A new approach to health care based on insights into biological differences between women and men». In Svizzera è nato da tempo un corso di laurea specifico presso la Facoltà di medicina. La consapevolezza, dunque, dell'esistenza di una scienza medica al maschile è partita dagli Stati Uniti ma ha presto attraversato l'intero mondo medico, aprendo la prospettiva di un cambiamento sia nell'at-

tività di ricerca che nell'attività clinica, attraverso l'integrazione del punto di vista di genere in ogni aspetto della pratica sanitaria;

la Comunità europea, seppure con anni di ritardo, fin dal 1998 ha incluso all'interno dei programmi di ricerca un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti e oggi vi è un settore della ricerca europea con un *focus* sulle donne. Recentemente la sede europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha organizzato un ufficio, denominato Women's Health and Gender Mainstreaming, con lo scopo di mettere in evidenza il punto di vista di genere in tutte le tematiche della salute;

nel 1999 l'Italia ha visto la nascita del gruppo di lavoro «Medicina Donna Salute» che ha dato un contributo fondamentale all'individuazione di una specifica problematica di genere nel Paese. Nel 2003, poi, una *équipe* di specialisti ha ricevuto il compito di formulare le linee-guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche che tengano conto in modo sistematico della variabile uomo/donna, nonché dell'utilizzo dei farmaci *gender-oriented*, ossia diversamente testati su uomini e donne;

in Italia, nel 2005, è nato l'osservatorio O.N.D.A. (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) che si occupa della salute della donna con una visione a 360 gradi, e che collabora con tutti gli istituti preposti a livello nazionale, per studiare, informare, educare e stimolare ad una grande attenzione su queste tematiche,

impegna il Governo:

ad istituire, alla stregua di quanto è stato fatto in America e in Svizzera, un corso di specializzazione in medicina di genere da affiancare alle numerose specializzazioni già esistenti per chi, dopo la laurea in medicina e chirurgia, voglia approfondire questa materia. In tal modo potranno concretizzarsi, veramente, tutti gli studi fin qui condotti sulla diversità del genere umano e la medicina potrà finalmente raggiungere mete più precise e incisive nella cura e nella prevenzione delle malattie;

a condividere questa esigenza verificandone il percorso e a darne piena informativa alle Commissioni competenti entro 6 mesi dall'accoglimento della presente mozione.

(1-00087) (Testo 2) (29 marzo 2007)

SERAFINI, FINOCCHIARO, FRANCO Vittoria, BASSOLI, BAIIO, SOLIANI, DE PETRIS, DONATI, RAME, AMATI, MONGIELLO, MARINO, CARLONI, BINETTI, BODINI, BOSONE, MAGISTRELLI, SILVESTRI, ZANDA, LATORRE, BOCCIA Antonio, SALVI, NEGRI, PELLEGATTA, PALERMI, PISA, PIGNEDOLI, PEGORER, GASBARRI, BRUTTI Massimo, CABRAS, PAPANIA, POLITO, ROSSI Paolo, ROSSA, RUBINATO, VILLECCO CALIPARI. – Il Senato,

premesso che:

la divisione tradizionale dei ruoli tra i generi è stata sottoposta, negli ultimi decenni, a profondi mutamenti;

non c'è settore della società, dall'economia alla politica, dalla cultura alla famiglia, che non sia stato investito dall'ingresso delle donne nel mercato del lavoro;

tuttavia la struttura della società, le sue gerarchie, le sue priorità, i suoi punti di vista hanno difficoltà a recepire pienamente questo cambiamento. Ne conseguono, spesso, sottovalutazioni e ritardi nel comprendere le contraddizioni che ne scaturiscono;

le modalità di rappresentazione e identificazione dei ruoli sono ancora influenzate dai modelli culturali tradizionali e questi influiscono, non poco, sul modo in cui le donne e gli uomini sono in grado di percepire se stessi ed il proprio ruolo e di vivere con piena consapevolezza le implicazioni insite in questa fase di trasformazione;

lo stesso terreno della salute e del benessere è attraversato da problemi ed inquietudini inediti, non sempre colti in modo adeguato;

la messa in evidenza dei tratti della salute delle donne costituisce un contributo rilevante a comprendere tale trasformazione, nonché a sperimentare misure efficaci per rispondere ad alcuni bisogni specifici di cura sia delle donne sia degli uomini e a porre in relazione salute delle donne e salute dei bambini;

tra i mutamenti generali va segnalato il passaggio da una famiglia di tipo plurinucleare ed estesa ad una di tipo mononucleare e ristretta;

i dati dicono che l'Italia è il Paese con il più basso quoziente di natalità d'Europa, il 9,4 per cento, rispetto a Paesi come l'Irlanda, che raggiunge il 15,1 per cento, e la Francia, con il 13,1 per cento. Il numero medio di figli per donna in Italia è 1,24, in Irlanda 1,98, in Francia 1,90. Il recente positivo innalzamento del tasso demografico, in Italia, è quasi esclusivamente riconducibile all'iscrizione all'anagrafe di bambini extracomunitari;

le donne italiane non rifiutano la maternità, tutt'altro. C'è un divario molto elevato tra maternità desiderata ed effettivamente realizzata. Secondo i dati ISTAT del 2002, il 63 per cento delle donne vorrebbe avere due figli, il 28 per cento ne vorrebbe tre, solo il 9 per cento uno;

l'età media al parto è in costante aumento tra le donne dell'Unione europea, sostanzialmente si attesta attorno ai 30 anni. Questo comporta, oltre all'esplicito rinvio dell'esperienza della maternità, una forte compressione del periodo fecondo in un arco temporale di pochi anni, nel quale mettere al mondo più di un figlio è diventata l'eccezione piuttosto che la regola;

l'Italia condivide, con pochissimi altri Paesi europei, il più basso tasso di occupazione femminile. Nella ricerca CNEL-ISTAT 2003 il tasso di occupazione femminile in Italia risulta essere del 42,7 per cento – con un divario che vede il Nord al 51,9 per cento e il Sud al 27,1 per cento, che si confronta con dati europei ben più alti, che vanno dalla Svezia con il 71,5 per cento, alla Danimarca con il 70,5 per cento. L'Europa ci chiede di raggiungere entro il 2010 il 60 per cento di occupazione femminile;

l'Italia è un Paese caratterizzato da uno scarso interesse per le politiche di conciliazione tra i tempi della vita e i tempi del lavoro;

il tema della conciliazione deve essere visto soprattutto in riferimento alla qualità della vita. Sempre secondo i dati ISTAT 2002, il 50,4 per cento delle donne con bambini piccoli lavora 60 o più ore alla

settimana, tra lavoro esterno remunerato e lavoro in famiglia non remunerato;

appare indicativo che in Italia il 20 per cento delle madri con un lavoro all'inizio della gravidanza, ad esempio, dopo circa 18-21 mesi non abbia più lavoro, mentre il 36 per cento di quelle che hanno continuato a lavorare dichiara di avere problemi molto seri nel conciliare l'attività lavorativa e gli impegni familiari, in particolare la cura del bambino;

l'assenza di incisive politiche di conciliazione e gli impegni sempre maggiori richiesti alle donne hanno di conseguenza portato ad un aumento dello *stress*, le donne sono più colpite da depressione, attacchi di panico, ansia sociale, disturbi del comportamento alimentare;

patologie che in passato colpivano maggiormente la popolazione maschile, quali le malattie cardiovascolari ed alcuni tumori, come quello al polmone, stanno diventando importanti cause di morte nell'universo femminile;

anche la presenza di una importante componente femminile nei flussi migratori, circa il 49,9 per cento della popolazione immigrata, pone delle istanze nuove ai servizi socio-sanitari e sanitari, anche in relazione a pratiche di mutilazioni genitali femminili e alle diverse tradizioni culturali; come si evince dalla Comunicazione della Commissione europea del 2006 «Verso una strategia dell'Unione europea sui diritti dei minori», si stima che in tutto il mondo centotrenta milioni di donne abbiano subito mutilazioni genitali, mentre altri due milioni di ragazze ne sono vittime ogni anno, spesso attraverso riti di iniziazione che segnano il passaggio all'adolescenza;

il rapporto dell'Unicef del 2007 «La condizione dell'infanzia nel mondo 2007: donne e bambini. Il doppio vantaggio dell'uguaglianza di genere», come è scritto da Ann M. Veneman, Direttore generale del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia, «è dedicato alla vita delle donne nel mondo per una semplice ragione: l'uguaglianza di genere e il benessere dei bambini vanno mano nella mano. Quando le donne vivono pienamente e attivamente la loro vita, i bambini crescono bene. L'esperienza dell'Unicef, dimostra anche l'inverso: quando alle donne vengono negate pari opportunità in una società, i bambini soffrono. Nonostante l'impegno della comunità internazionale per l'uguaglianza di genere, milioni di donne e bambini in ogni parte del mondo sono discriminati. Questo rapporto illustra le molte sfide che rimangono. Le donne e le bambine sono colpite in maniera eccessiva dalla pandemia e dall'Aids. Molte ragazze vengono obbligate a sposarsi precocemente. Le cifre della mortalità materna rimangono alte in molti paesi. Quasi ovunque, le donne percepiscono uno stipendio inferiore rispetto agli uomini per lo stesso lavoro. Nel mondo, milioni di donne e di bambine soffrono per violenza fisica e sessuale, mentre le risorse per la giustizia e la protezione scarseggiano»;

il corpo e la salute della donna sono un tema fondamentale della costruzione dell'uguaglianza di genere, e questi due elementi sono, da sempre, terreno di negazione o affermazione di tale uguaglianza. Come ha sottolineato la Conferenza mondiale ONU sulle donne del 1995 «La

violenza alle donne è la manifestazione della storica differenza in termini di potere all'interno delle relazioni di genere». In Italia oltre 14 milioni di donne sono state oggetto di violenza fisica, sessuale o psicologica nella loro vita senza esclusione dello stato di gravidanza ed il 69,7% degli stupri sono perpetrati dal proprio *partner*; ciò determina effettivi traumi fisici e psicologici rilevanti che incidono profondamente anche sulla dinamica del rapporto tra donna e bambini e bambine, asse fondamentale per l'Agenda del Millennio richiamato dal rapporto Unicef 2007;

investire sulla salute delle donne, comporta non solo un'azione diretta sulla loro salute, ma può determinare un significativo miglioramento della condizione di salute di bambini ed adolescenti e conseguentemente delle condizioni di salute delle future generazioni. Il benessere delle donne ha pertanto una diretta influenza sul benessere dei bambini;

l'adolescenza è per le ragazze un periodo di particolari cambiamenti, sia dal punto di vista fisico sia psichico, che necessita di forme di attenzione e di informazione adeguate;

in molti Paesi con sistemi sanitari sviluppati, compresa l'Italia, si è assistito ad un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive estese alla gran parte delle gravidanze;

non si è sviluppata un'adeguata iniziativa per favorire la preparazione al parto e per l'assistenza nel puerperio, con particolare attenzione alle forme di depressione *post-partum*;

la medicalizzazione dell'evento nascita, spesso non necessaria dal punto di vista clinico, oltre ad indurre un aumento dei costi, ha determinato un incremento dei rischi di problemi iatrogeni, ed in generale una ridotta qualità delle prestazioni sanitarie;

esistono forme di disagio, che colpiscono in particolare donne extracomunitarie, che possono portare all'abbandono dei bambini appena nati. La salvaguardia dell'interesse superiore del minore e del rispetto della dignità delle donne sollecita un punto di vista non persecutorio;

una stagione di vita importante come quella della menopausa non è punto di riferimento di iniziative di prevenzione delle malattie degenerative e per la diffusione di corretti stili di vita a favore del benessere e della salute;

è opportuno che la medicina assuma complessivamente il principio tecnico-scientifico dell'integrazione del punto di vista di genere in tutti i suoi campi, dalla clinica alla ricerca, dalla diagnostica alla prevenzione. Ad oggi, l'impostazione della medicina mostra una crisi rispetto alla prospettiva di genere: non soddisfa i bisogni di salute delle donne, ma indirettamente neanche quelli degli uomini. La crisi deriva da una impostazione che non sa porre correttamente a confronto i problemi di salute delle donne con quelli degli uomini. In tal senso la conservazione del sangue del cordone ombelicale può costituire, anche per la ricerca, un ponte che parte dalle donne e arriva agli uomini e ai bambini;

l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha costituito dal 2002 il Dipartimento per il genere e la salute della donna – The Department of Gender and Women’s Health (GWH);

con la costituzione di questo dipartimento l’OMS riconosce che esistono differenze nei fattori che determinano la salute e nei fattori che determinano il carico di malattia per uomini e donne;

l’OMS nel 2002 ha riconosciuto che il sesso (dati biologici) ed il genere (dati di ruolo socio-culturale) sono importanti determinanti della salute. Essi regolano le condizioni di salute e malattia degli uomini e delle donne. In ogni programma che riguarda la salute, le differenze di genere e di sesso devono essere considerate;

il Dipartimento della salute americano ha costituito nel 1991 l’Ufficio sulla salute della donna «The Office on Women’s Health (OWH)», che lavora per ridurre le disparità nella ricerca, nei servizi di cura ed educativi che hanno storicamente messo a rischio la salute delle donne;

un documento dell’OMS, Dipartimento per la salute della donna evidenzia l’importanza e la complessività del tema della diversità femminile, sottolineandone l’ancora sostanziale misconoscenza e sottovalutazione. Sempre più, oggi, appare evidente che la ricerca medica è sempre stata condizionata dal genere. Gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in più sensi. Il pregiudizio di genere è evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel progetto di molte ricerche. Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l’efficacia relativa di trattamenti differenti. Fin quando i ricercatori considereranno gli uomini come il parametro di riferimento, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa. In conclusione le donne sono più esposte ad alcune patologie per le quali sono curate con grande attenzione ma, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro;

la prima volta in cui in medicina si parla della «questione femminile», e quindi di medicina di genere, risale al 1991, quando l’allora direttrice dell’Istituto nazionale di salute pubblica americano, Bernardine Healy, in un famoso editoriale della rivista *New England Journal of Medicine* parlò di «Yentl Syndrome» in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti del sesso femminile. La scienziata commentava due studi: nel primo si dimostrava come una serie di donne ricoverate in terapia intensiva per un episodio ischemico acuto avessero maggiori probabilità di subire errori diagnostici e terapeutici rispetto agli uomini; nel secondo studio si sottolineava come, nonostante la diagnosi di disturbo coronarico severo, le pazienti di sesso femminile venissero invitate meno dei maschi a sottoporsi ad eventuali interventi quali *bypass* e angioplastica. La Healy concludeva che ciò non avveniva sulla base di reali motivi clinici, ma solo in relazione ad una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso «debole» (*yentl*, appunto). Anche se nessuno pensò che la direttrice parlasse di discrimina-

zione nel vero senso della parola, da allora in poi il mondo scientifico iniziò a pensare a quale valore potesse avere l'essere donna nel trattamento della malattia coronarica. Pian piano, dalla cardiologia la critica alla medicina dal punto di vista di genere si è spostata ad altri campi, come la psichiatria, la gastroenterologia, l'oncologia, la chirurgia dei trapianti (è un dato ben noto che le pazienti di sesso femminile hanno maggiori difficoltà persino ad accedere alle liste di attesa per trapianto negli USA). Storicamente quando venivano messi a punto nuovi studi clinici, in particolare quelli relativi all'impiego di nuovi farmaci, venivano coinvolti soggetti di sesso maschile. Questo è stato a lungo giustificato attraverso varie argomentazioni: difficoltà nell'arruolamento e nel mantenimento di un campione adeguato di donne negli studi clinici; preoccupazioni riguardo alle interferenze indotte dalle variazioni ormonali tipiche dell'organismo femminile sull'effetto delle sostanze farmacologiche da testare; preoccupazioni circa la possibilità di esporre a rischi di tossicità donne potenzialmente fertili; timore di procurare danni a tessuti fetali. Per questa serie di motivi le donne in età fertile e le donne in gravidanza sono state sistematicamente escluse dalla maggior parte degli studi clinici. Sfortunatamente se un farmaco o un presidio medico-chirurgico non è espressamente testato sulle donne, non esiste modo di conoscere quali saranno le reali condizioni di efficacia e di sicurezza su di loro. Infatti, in medicina efficacia e sicurezza si misurano attraverso parametri che sono fortemente correlati a fattori come l'età, il sesso, le caratteristiche di composizione dei tessuti, che a loro volta sono associati in maniera specifica alle caratteristiche biologiche legate al sesso, come gli ormoni, o alla prevalenza nei due sessi di particolari caratteristiche (corporatura, abitudini e stili di vita, concomitanza di disturbi più frequenti in uno dei due generi, eccetera);

in Italia, nell'ambito degli studi universitari, in particolare nelle Facoltà di Medicina e chirurgia, non si è fatto ancora nulla per la costruzione di una «medicina di genere», cioè di una medicina che tenga conto delle fisiologiche differenze tra uomini e donne sia nella teoria sia nella pratica clinica;

gli Stati Uniti sono all'avanguardia. Infatti, alla Columbia University di New York è stato recentemente organizzato un corso specifico di medicina di genere dal titolo: «A new approach to health care based on insights into biological differences between women and men». In Svizzera è nato da tempo un corso di laurea specifico presso la Facoltà di Medicina. La consapevolezza, dunque, dell'esistenza di una scienza medica al maschile è partita dagli Stati Uniti, ma ha presto attraversato l'intero mondo medico, aprendo la prospettiva di un cambiamento sia nell'attività di ricerca sia nell'attività clinica, attraverso l'integrazione del punto di vista di genere in ogni aspetto della pratica sanitaria;

la Comunità europea, seppur con anni di ritardo, fin dal 1998 ha incluso all'interno dei programmi di ricerca, un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti, e oggi vi è un settore della ricerca europea con un *focus* sulle donne. Recentemente la sede europea dell'Organizza-

zione Mondiale della Sanità ha organizzato un ufficio, denominato Women's Health and Gender Mainstreaming, con lo scopo di mettere in evidenza il punto di vista di genere in tutte le tematiche della salute;

nel 1999 l'Italia ha visto la nascita del gruppo di lavoro «Medicina Donna Salute» che ha dato un contributo fondamentale all'individuazione di una specifica problematica di genere nel nostro Paese. Nel 2003, poi, un'equipe di specialisti ha ricevuto il compito di formulare le linee-guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche che tengano conto in modo sistematico della variabile uomo/donna, nonché dell'utilizzo dei farmaci *gender-oriented*, ossia diversamente testati su uomini e donne;

in Italia, nel 2005, è nato l'osservatorio O.N.D.A. (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) che si occupa della salute della donna con una visione a 360 gradi, e che collabora con tutti gli istituti preposti a livello nazionale, per studiare, informare, educare e stimolare ad una grande attenzione su queste tematiche;

nel novembre del 2005 presso il Ministero della salute è nato il progetto «La salute delle donne» al quale hanno partecipato l'Istituto superiore di Sanità, l'Agenzia italiana del farmaco, l'ASSR, l'Università di Sassari e la Società italiana di farmacologia;

nell'ottobre del 2006, sempre nell'ambito del progetto «La salute delle donne», è stato avviato lo «Studio della medicina di genere attraverso il sistema di monitoraggio delle dimissioni ospedaliere»,

impegna il Governo:

ad istituire, alla stregua di quanto è stato fatto in America e in Svizzera, un corso di specializzazione in medicina di genere, da affiancare alle numerose specializzazioni già esistenti per chi, dopo la laurea in medicina e chirurgia, voglia approfondire questa materia. In tal modo potranno concretizzarsi veramente tutti gli studi fin qui condotti sulla diversità del genere umano e la medicina potrà finalmente raggiungere mete più precise ed incisive nella cura e nella prevenzione delle malattie;

a condividere questa esigenza, verificandone il percorso, e a darne piena informativa alle Commissioni parlamentari competenti entro sei mesi dall'accoglimento della presente mozione;

a sviluppare ed innovare la rete dei consultori con la finalità di garantire risposte adeguate all'insieme degli aspetti relativi alle diverse età della vita, con particolare riferimento ai disturbi dell'alimentazione (anoressia, bulimia, obesità, eccetera) e ad altre forme di dipendenza, nonché alle problematiche relative allo sviluppo della sessualità;

a sostenere la sperimentazione in strutture ospedaliere e servizi della medicina di genere;

ad istituire l'Osservatorio sul benessere e la salute delle donne;

ad istituire l'Osservatorio sul benessere e la salute dei bambini e degli adolescenti;

a tenere presente il punto di vista di genere come una delle linee guida del Servizio sanitario nazionale;

a coinvolgere la rete dei Centri anti violenza delle donne in un'opera di monitoraggio e prevenzione della violenza alle donne, in modo particolare durante e immediatamente dopo la gravidanza;

ad istituire un osservatorio sulle mutilazioni genitali femminili e sulle loro conseguenze e sviluppare un'azione coordinata di prevenzione, informazione e accoglienza;

a favorire forme reali di accoglienza in luoghi sicuri per l'integrità della salute e del benessere dei bambini, rifuggendo ogni spirito persecutorio per le donne in difficoltà che sono costrette ad abbandonare il proprio bambino.

(1-00089) (3 aprile 2007)

VALPIANA, EMPRIN GILARDINI, NARDINI, BOCCIA Maria Luisa, CAPELLI, GAGLIARDI, ALFONZI, VANO, GAGGIO GIULIANI, PALERMO, BRISCA MENAPACE. – Il Senato,

premessi che:

come riconosciuto dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità), il sesso (dati biologici) ed il genere (dati di ruolo socio-culturale) sono importanti determinanti della salute che regolano le condizioni di salute e malattia degli uomini e delle donne ed in ogni programma che riguarda la salute le differenze di genere e di sesso devono essere considerate;

il Dipartimento per la salute della donna dell'Organizzazione mondiale della sanità evidenzia l'importanza e la complessità del tema della diversità femminile, sottolineandone l'ancora sostanziale misconoscenza e sottovalutazione;

sempre più appare evidente come la ricerca medica sia sempre stata condizionata dal genere: argomenti scelti, metodi utilizzati e successiva analisi dei dati riflettono in più sensi una prospettiva maschile, tanto che il pregiudizio di genere risulta evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel progetto di molte ricerche. Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, per esempio, la ricerca ha spesso ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l'efficacia relativa di trattamenti differenti;

fino a quando i ricercatori considereranno gli uomini come il parametro di riferimento, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa, visto che le donne, per esempio, più esposte ad alcune patologie per le quali sono curate con attenzione, quasi mai lo sono con farmaci sperimentati direttamente su un corpo femminile;

appare opportuno, quindi, che anche in Italia la medicina assuma complessivamente il principio tecnico-scientifico dell'integrazione del punto di vista di genere in tutti i suoi campi, dalla clinica alla ricerca, dalla diagnostica alla prevenzione, ma soprattutto che si apra ai saperi che da anni molte associazioni femminili e femministe hanno elaborato su questi temi, centrati sul principio del necessario riconoscimento, culturale e giuridico, del protagonismo delle donne rispetto alla loro salute e alla riproduzione;

i principi generali sopra richiamati comportano un processo generale di *empowerment* femminile ed una nuova qualità dei servizi sociosanitari, e alcune scelte di politica sociosanitaria di primaria importanza potrebbero iniziare ad invertire tendenze negative e sottovalutazioni in atto; rilevato che:

i consultori familiari, istituiti formalmente nel 1975 (legge 405/75), sono stati realizzati sul territorio nazionale con tempi e modalità diversi, in seguito all'approvazione delle relative leggi regionali, e a tutt'oggi raggiungono la cifra di 2151, assolutamente insufficiente anche in base a quanto previsto dalla legge 34/1996 di 1 ogni 20.000 abitanti, e in gran parte non rispondono ai criteri di organico, orari e attività raccomandati dal Progetto obiettivo materno infantile. L'originalità dei servizi consultoriali (multidisciplinarietà, non direttività, visione di genere) è sempre stata vista come patrimonio unico da non disperdere, nonostante tutti gli elementi critici, tanto è vero che, a partire dalla fine degli anni '80, Commissioni nazionali promosse dai Ministri della sanità hanno prodotto linee di indirizzo per la riqualificazione ed il potenziamento dei consultori familiari, l'ultima delle quali nel contesto del Progetto obiettivo materno infantile, è parte integrante del Piano sanitario nazionale 1998-2000. In ambito internazionale, l'odierna valutazione critica degli scarsi successi del programma dell'OMS della sanità «Safe motherhood» (recentemente ribattezzato «Making pregnancy safe») pone l'accento sull'importanza di allestire servizi di salute primaria, servizi caratterizzati da un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute e sostenuti da modalità operative basate sull'offerta attiva, operanti mediante relazioni di comunicazione orizzontali secondo il modello della presa di coscienza e di potere (*empowerment*) delle donne: vale a dire, appunto, il modello dei consultori familiari italiani. Si tratta quindi di un patrimonio prezioso, riconosciuto a livello internazionale ed europeo, da potenziare e riqualificare;

mentre alcune Regioni si sono dotate di leggi relative ai diritti della partoriente ed all'attivazione delle strutture necessarie per il percorso nascita, nonostante da più legislature il Parlamento abbia avviato percorsi legislativi in proposito, ancora manca una normativa nazionale. Gravidanza, parto, puerperio e allattamento sono un *continuum* e rappresentano momenti, oltre che della vita fisica, della vita psicologica, sessuale, affettiva e relazionale che non possono essere misconosciuti sacrificandoli agli aspetti medici, ma che abbisognano innanzitutto di continuità assistenziale e di rispetto della fisiologia. Tali considerazioni dimostrano quindi la necessità di implementare nel servizio pubblico (consultori, distretti, reparti ospedalieri) gli ambulatori per l'assistenza alla gravidanza, restituendo alla figura professionale dell'ostetrica il ruolo primario di assistenza alla gravidanza fisiologica e all'accompagnamento durante tutto il percorso della maternità. È inoltre improrogabile il riconoscimento del protagonismo e della soggettività di ogni donna nella propria esperienza di maternità, creando reale libertà di scelta circa il luogo in cui partorire prevedendo l'assistenza da parte del Servizio sanitario nazionale sia al parto domiciliare, sia l'istituzione delle Case del Parto, sia la distinzione, anche nei re-

parti ospedalieri, tra il percorso della fisiologa e quello della patologia, recependo, in ogni caso, quanto previsto dall'OMS nella Raccomandazione «Tecnologie appropriate per la nascita» (1985), in particolare con la valorizzazione del lavoro pluridecennale di gruppi e associazioni di donne di auto e mutuo aiuto, riconosciuti come particolarmente efficaci dall'OMS come forme di assistenza e sostegno tra pari durante la gravidanza e nel puerperio, in particolare per l'allattamento e per la prevenzione di alcune forme di depressione *post-partum (bay blues)*,

impegna il Governo:

ad intervenire per implementare in termini quantitativi e qualitativi l'attività dei Consultori familiari, a rilanciare la presenza in tutti i territori di questi servizi e della loro offerta attiva, garantita da un'opportuna consistenza in termini di organico, di orari e servizi, per favorire l'educazione alla salute riproduttiva per le adolescenti e gli adolescenti, la procreazione responsabile, la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza, in particolare rispetto alle donne immigrate – anche attraverso la presenza nei consultori delle mediatrici culturali – l'assistenza al parto e al percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili, l'assistenza ad una stagione di vita importante come quella della menopausa, per la prevenzione delle malattie degenerative e per la diffusione di corretti stili di vita a favore del benessere e della salute;

a predisporre percorsi di assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio ed all'allattamento basati sul protagonismo delle donne, invertendo la tendenza in atto di un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e del parto e di una totale assenza di servizi nel puerperio;

a valutare il carattere innovativo che potrebbe assumere l'istituzione, alla stregua di quanto è stato fatto anche negli Stati Uniti e in Svizzera, di un corso di specializzazione post-laurea in medicina di genere, anche al fine di recepire e sviluppare tutti gli studi e le ricerche in materia, e costituire quindi un punto di partenza che sappia irradiare di questi nuovi saperi e pratiche il complesso sistema della didattica, della formazione e dell'aggiornamento delle professioni mediche e paramediche.

MOZIONI SUL PAPILOMA VIRUS

(1-00088) (30 marzo 2007)

TOFANI, MATTEOLI, STORACE, MANTICA, CURSI, GRAMAZIO, TOTARO, ALLEGRINI, AUGELLO, BALBONI, BALDASSARRI, BORNACIN, BUCCICO, BUTTI, LOSURDO, PARAVIA, SAIA, SAPORITO, VALDITARA, VALENTINO. – Il Senato,

premessi che:

da alcuni giorni, è possibile acquistare anche in Italia il vaccino in grado di impedire l'infezione del *Papillomavirus* (Hpv), che è responsabile del 70 per cento dei casi di tumore del collo dell'utero, oltre che dello sviluppo di lesioni cervicali che possono degenerare in neoplasie;

il suddetto vaccino può essere acquistato nelle farmacie, dalle donne in età compresa tra i 9 e i 26 anni;

per disposizioni del Ministero della salute, le dodicenni potranno avere il farmaco gratuitamente, mentre le giovani dai 13 ai 26 anni dovranno pagarlo;

la vaccinazione, che consiste in un'iniezione intramuscolare, deve essere ripetuta tre volte nell'arco dell'anno, con un costo totale che ammonterà a 564,45 euro;

secondo quanto spiegato dagli esperti della Commissione nazionale vaccini, poichè il *Papillomavirus* si trasmette prevalentemente per via sessuale, la strategia migliore consiste nel somministrare il vaccino alle ragazze che non hanno ancora avuto rapporti; tale motivazione giustifica la scelta delle dodicenni come fascia di età esentata dal pagamento del vaccino, al prezzo di 188,15 euro a confezione;

considerato che:

nel corso della vita, si stima che il 70 per cento delle donne entri in contatto con il *Papillomavirus*; a fronte di tale percentuale di rischio, le donne tra 45 e 54 anni in Italia eseguono regolarmente l'esame del *Pap test* in 8 casi su 10;

si stima, altresì, che nelle ragazze tra 25 e 29 anni questo tasso scende al 44 per cento;

ogni anno, sono 550.000 i casi di cancro all'utero e circa 1.700 le vittime in Italia,

impegna il Governo, considerata l'alta percentuale di rischio cui sono esposte le donne, ad adottare provvedimenti urgenti volti a estendere la gratuità del farmaco anche alle ragazze in età compresa tra i 13 e i 26 anni.

(1-00090) (4 aprile 2007)

BIANCONI, TOMASSINI, CARRARA, LORUSSO, COLLI, GHIGO, POLLEDRI, DIVINA. – Il Senato,

premessi che:

dal 28 marzo 2007 è disponibile per tutte le donne il vaccino contro il tumore del collo dell'utero, il Gardasil;

questa importante azione positiva per la salute della donna contribuirà a ridurre notevolmente una malattia che ogni giorno colpisce in Italia circa dieci donne, con una mortalità annua di circa 1.700 decessi;

con l'impegno della 12ª Commissione (Igiene e Sanità) del Senato, il Ministro della salute ha potuto compiere un importante passo nel campo della prevenzione e nel campo dell'oncologia, garantendo l'offerta gratuita del vaccino Gardasil a tutte le adolescenti dell'età di dodici anni;

attualmente, però, le donne/adolescenti (fuori dalla coorte delle dodicenni) che volessero decidere di vaccinarsi devono acquistare il farmaco, il cui costo finale al pubblico è di 188,15 euro a dose. Un costo così elevato del vaccino, che consta di tre dosi da somministrare entro un anno, rischia di ridurre notevolmente l'acquisto;

il costo al quale la casa produttrice vende il vaccino è di 114,00 euro, a causa di quanto previsto attualmente dalla legge del 23 dicembre 1996, n. 662, poi modificata con la legge del 27 dicembre 2002, n. 289, a tale costo viene aggiunto un rincaro del 6,65% dovuto al grossista, e quello più elevato, del 26,7% dovuto al farmacista;

considerato che le Regioni potrebbero porre in essere una delle seguenti misure per governare la struttura di prezzo di acquisizione del vaccino:

a) acquisto e distribuzione diretta: le Regioni acquistano dal produttore al prezzo *ex-factory* (o a quello ulteriormente scontato per accordo, pari a 106,00 euro) e provvedono a renderlo disponibile, nelle sedi opportune designate (ASL, ospedali, farmacie comunali, eccetera) ad un prezzo lievemente superiore per la copertura degli oneri aggiuntivi di somministrazione del vaccino. Il costo finale in questo caso sarebbe di 134,00 euro + IVA;

b) acquisto e distribuzione diretta con procedure di partecipazione alla spesa: le Regioni acquistano da produttore al prezzo *ex-factory* (o a quello ulteriormente scontato per accordo, pari a 106,00 euro) e provvedono a renderlo disponibile, nelle sedi opportunamente designate (ASL, ospedali, farmacie comunali, eccetera), ad un prezzo inferiore di una percentuale variabile tra il 40 ed il 50% (oneri di somministrazione inclusi). In questo caso il costo finale del vaccino sarebbe di 67,80 euro + IVA, quindi solo il 50 o 60% del valore definito dalle Regioni;

c) procedimento di distribuzioni per conto (DPC): le Regioni acquistano dal produttore *ex-factory* (o a quello ulteriormente scontato per accordo, pari a 106,00 euro), riconoscendo ai farmacisti territoriali, previo negoziato, un appropriato margine di ricavo fisso (ovvero 10%). Il costo finale del vaccino sarebbe di 126,00 euro + IVA;

d) acquisto diretto e rivendita: le Regioni acquistano dal produttore al prezzo ulteriormente scontato per accordo (pari a 106,00 euro) e successivamente vendono alle farmacie che applicano un margine di ricavo variabile con valore massimo predefinito (ovvero 15%). Il ricavo netto della Regione può essere destinato a finanziare la rimborsabilità per una seconda coorte. In quest'ultimo caso il costo finale del vaccino al pubblico sarebbe di 131 euro + IVA,

impegna il Governo:

ad intraprendere azioni al fine di promuovere al meglio la diffusione, e quindi l'acquisto, del vaccino, così che venga abbattuto il costo del prodotto (anche a tutte le adolescenti/donne, esclusa la coorte delle dodicenni che, come previsto, verrà vaccinata attraverso il servizio sanitario nazionale), predisponendo un tavolo negoziale con le Regioni e la filiera dei farmacisti al fine di ridurre il costo finale del prodotto.

(1-00094) (12 aprile 2007)

SILVESTRI, BAIÒ, BASSOLI, BODINI, BOSONE, CAFORIO, EMPRIN GILARDINI, MARINO, POLITO, ROSSA, SERAFINI, VALPIANA. – Il Senato,

premessi che:

il *Papilloma virus* umano (HPV) rappresenta la causa principale dello sviluppo del cancro alla cervice uterina, una delle forme tumorali più diffuse al mondo;

è ora disponibile un efficace vaccino che può essere acquistato nelle farmacie italiane;

il Ministro – dando attuazione ad un apposito atto di indirizzo accolto nel corso dell'esame in Senato dei documenti di bilancio per il 2007 – ha adottato un programma di vaccinazione pubblica rivolto alle dodicenni con tale vaccino;

l'Italia è stato il primo Paese europeo ad approvare e raccomandare la vaccinazione gratuita per una classe di età;

appare opportuno favorire campagne informative in favore delle giovani generazioni volte:

a far comprendere l'utilità del vaccino per proteggere in età adulta dal rischio di contrarre il cancro alla cervice uterina, che attualmente in Italia determina la morte di circa 1.700 donne all'anno, nonché 47.000 lesioni precancerose di basso grado e 14.700 di alto grado al collo dell'utero;

a promuovere una maggiore informazione sui rischi connessi alle malattie infettive trasmissibili per via sessuale e in ordine alle relative modalità di prevenzione, nel contesto di iniziative di prevenzione predisposte da pediatri di base, ambulatori pediatrici e consultori familiari;

rilevata altresì l'opportunità che le Regioni adottino misure, previo coinvolgimento del settore farmaceutico, volte a favorire la riduzione del prezzo dello stesso, anche consentendo risparmi di spesa, per l'attivazione di ulteriori programmi rivolti ad altre coorti di donne, individuate tenendo anche conto del monitoraggio del piano vaccinale del Ministero, come ad

esempio: rendere disponibile il farmaco, dopo averlo acquistato dal produttore al prezzo *ex-factory* (o a quello ulteriormente scontato per accordo, pari a 106,00 euro), presso talune strutture, quali le ASL, gli ospedali, le farmacie comunali, al medesimo prezzo, aumentato dei soli oneri addizionali di somministrazione del vaccino; rendere disponibile il vaccino, attraverso un sistema di partecipazione alla spesa dell'ente territoriale, ad un prezzo persino inferiore rispetto a quello di acquisto dal produttore; acquistare il vaccino dal produttore e affidare la distribuzione dello stesso alle farmacie, cui riconoscere un margine limitato, pari ad esempio al 10 per cento del prezzo; acquistare dal produttore ad un prezzo ulteriormente scontato e successivamente vendere alle farmacie, consentendo loro di applicare un margine sul prezzo secondo un valore massimo predefinito, ad esempio pari al 15 per cento,

impegna il Governo a:

predisporre azioni di sensibilizzazione delle donne in merito all'esigenza di una prevenzione per evitare di contrarre il cancro alla cervice uterina, nell'ambito del rafforzamento delle attuali campagne di informazione aventi ad oggetto i rischi connessi alle malattie infettive trasmissibili per via sessuale e le relative modalità di prevenzione, predisposte da pediatri di base, ambulatori pediatrici e consultori familiari;

promuovere l'adozione, da parte delle Regioni, di azioni, indicate a titolo esemplificativo in premessa, al fine di rendere disponibile il vaccino ad un costo inferiore, anche consentendo risparmi di spesa, per l'attivazione di programmi da destinare ad altre coorti di donne, individuate tenendo anche conto del monitoraggio del piano vaccinale del Ministero.

